

**LO QUE HACEN LOS TÉCNICOS EN SALUD PÚBLICA EN LAS
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CALI 2019**

**Investigadora
ERICA YURLEY GUEVARA PADILLA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN
SALUD PÚBLICA**

**Directora del trabajo de investigación
JANETH MOSQUERA BECERRA, PhD**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
Santiago de Cali 2019**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, _____

(Día / mes / año)

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien con mano bondadosa me permitió culminar este proyecto, concediéndome la fuerza para superar las adversidades a través del amor sincero de quienes me rodean.

A mi madre del cielo que en todo instante intercedió y me bendijo.

Gratitud especial a mis padres y hermana pues a pesar de la distancia, fueron testigos y soportes emocionales invaluable, gracias a mi esposo e hija que me donaron tiempo familiar, acompañándome en la medida de sus posibilidades durante cada etapa de esta gran aventura, a mis familiares cercanos por sus oraciones y ánimo.

Gracias a todos los que intervinieron para el desarrollo de este trabajo, en especial a mi directora de trabajo de investigación Dra. Janeth Mosquera Becerra por compartir con paciencia su experiencia y conocimiento; a cada participante que desde su rol como técnicos auxiliares en salud pública o como expertos temáticos, acogieron y le dieron respuesta a preguntas que hoy se traducen en nuevo conocimiento y a mis compañeros de trabajo por su paciencia y apoyo constante.

Mil gracias.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 7 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 8 |
| 2. ESTADO DEL ARTE | 12 |
| 2.1 Identificación de la fuerza de trabajo en salud pública | 12 |
| 2.2 Formación laboral basada en competencias para el técnico en salud pública | 15 |
| 2.3 Fuerza de trabajo en salud pública y competencias en el mercado laboral | 20 |
| 3. APROXIMACIÓN TEÓRICA..... | 23 |
| 4. OBJETIVOS | 27 |
| 5. METODOLOGÍA | 28 |
| 6. RESULTADOS | 42 |
| 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 71 |
| 9. APORTES DE LA INVESTIGACIÓN A LA SALUD PÚBLICA | 80 |
| 10. LIMITACIONES EN LA INVESTIGACIÓN | 82 |
| 10. BIBLOGRAFIA..... | 84 |
| 11. ANEXOS..... | 92 |

LISTA DE TABLAS

Pág

| | |
|---|-----------|
| <i>Tabla 1 Paso de las funciones esenciales de salud pública a los dominios sustantivos en competencias esenciales de recursos humanos-----</i> | <i>18</i> |
| <i>Tabla 2. Etapas del análisis temático-----</i> | <i>31</i> |
| <i>Tabla 3. Organización de fragmentos en temas potenciales-----</i> | <i>32</i> |
| <i>Tabla 4 Definición de temáticas finales derivados de temas potenciales-----</i> | <i>33</i> |
| <i>Tabla 5 Ejemplo instrumento para análisis. Ronda 1 de expertos.-----</i> | <i>38</i> |
| <i>Tabla 6 Características socio-demográficas de los participantes -----</i> | <i>42</i> |
| <i>Tabla 7 Contexto laboral de los participantes-----</i> | <i>43</i> |
| <i>Tabla 8 Funciones de los TSP en el marco de sus competencias-----</i> | <i>44</i> |
| <i>Tabla 9 Percepción de los técnicos frente a competencias poco ejecutadas-----</i> | <i>50</i> |
| <i>Tabla 10 Propuestas de formación continua.-----</i> | <i>68</i> |

LISTA DE ILUSTRACIONES

Pág

| | |
|---|-----------|
| <i>Ilustración 1. Marco integral de interacciones entre el sistema de salud y educación</i> | <i>24</i> |
| <i>Ilustración 2. Fases método delphi</i> | <i>37</i> |
| <i>Ilustración 3. Ejemplo de porcentajes asignados. Ronda 1 por ítem.....</i> | <i>39</i> |
| <i>Ilustración 4. Ejemplo del instrumento. Ronda 2 de expertos.....</i> | <i>40</i> |

RESUMEN

Introducción: Desde la década de los noventa los sistemas de salud del mundo han sufrido transformaciones, afectando de manera directa la salud pública y las condiciones para el desarrollo de su fuerza de trabajo. El área de salud pública al ser un sector dinámico, enfrenta permanentemente nuevos desafíos que requieren ser abordados por profesionales altamente cualificados; sin embargo, es poca la información que se tiene frente al desarrollo de la fuerza de trabajo personal técnica capacitada según los currículos de las instituciones de formación y educación para el trabajo en Colombia, en donde a la luz del modelo integral de atención que rige este país, se contempla dicho recurso como parte fundamental de los equipos de atención primaria en prestadores de nivel básico de atención.

Objetivos: La intención de este estudio fue identificar las funciones que la fuerza de trabajo técnica auxiliar en salud pública, realiza en las instituciones prestadoras de salud (IPS) y las posibilidades de articulación al Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo bajo la aproximación teórica de Frenk et al (2010) sobre la interacción de los sistemas de salud y educación en el mundo laboral mediada por las necesidades de las poblaciones y las técnicas cualitativas utilizadas para recolectar la información fueron la consulta con expertos y la entrevista semi-estructurada. Participaron (10) técnicos en salud pública de las cohortes comprendidas entre 2015-2018 y (4) expertos relacionados con APS, modelo MIAS -MAITE, formación de talento humano e investigación en salud pública. La información de las entrevistas se analizó según lo propuesto por Braun y Clark (2006) mediante la técnica de análisis temático y se utilizó el método Delphi descrito por Oñate y Díaz (1993) para el análisis del panel de expertos.

Resultados: En la primera fase de la investigación participaron diez (10) Técnicos en Salud Pública (7 mujeres y 3 hombres) con edad promedio de 24.8 años. 50% había realizado exclusivamente la formación técnica en salud pública, 40% tenía formación adicional como técnicos auxiliares de enfermería y uno era, además, tenía formación como higienista oral. El tiempo promedio transcurrido desde su certificación como técnicos en salud pública a la fecha de la investigación fue de 2.6 años. El ámbito laboral del técnico se abarca funciones relacionadas con la formación técnica, funciones asignadas que no tiene relación con salud pública y otras que demandan certificaciones adicionales o competencia con otros perfiles. Además se identificaron desafíos desde la cotidianidad del técnico auxiliar en relación con la formación continua, la especificidad de las funciones a ejecutar y la identificación del perfil formado.

Discusión: Pese a que la literatura relacionada con el tema de investigación es escasa, los hallazgos encontrados en términos generales guardan coherencia, en relación a las competencias formadas y ejecutadas por los técnicos en salud pública y los perfiles equivalentes documentados en otros países de América Latina. Sin embargo en la ciudad de Cali, los auxiliares en salud pública se dedican a realizar acciones más administrativas o de oficina, que aquellas cuyo objetivo sea la intervención directa con la población en su territorio y por lo tanto la articulación de las funciones que realizan frente y lo propuesto por el modelo MAITE, no es del todo correspondida.

Conclusión: Esta investigación, corresponde a una primera caracterización del camino recorrido por los auxiliares en salud pública de la ciudad de Cali, su inclusión como trabajadores en el sector salud y las funciones desempeñadas desde este perfil, lo cual contribuye a disminuir la brecha de conocimiento frente a la pertinencia de las competencias formadas, la coherencia en la ejecución de sus funciones dentro de las IPS y las posibles pretensiones que desde la política de atención integral y el modelo de acción territorial en salud MAITE puede enfrentar esta fuerza de trabajo en salud pública.

Palabras clave: Formación técnica, técnicos, auxiliares en salud, promotores de salud, competencias, salud pública, formación, educación para el trabajo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En la década de los noventa se implementaron cambios sustanciales en los sistemas de salud de muchos países en el mundo; específicamente, en las Américas los procesos de reforma sectorial en salud se concentraron en cambios estructurales provocando fragmentación y segmentación de los sistemas de salud (1), afectando la manera de atender y comprender la salud colectiva, especialmente en su infraestructura y en su recurso humano (2). Algunos análisis han mostrado que estas reformas se tradujeron en el aumento de inequidades y desigualdades en salud (3).

En aras de fortalecer el área de la salud pública se propuso la iniciativa “Salud Pública en las Américas”, la cual fomentó la evaluación de las funciones esenciales en materia de salud pública, cuyos resultados arrojaron que el desarrollo y capacitación de la fuerza de trabajo en este sector, entendida como los trabajadores que están específicamente a cargo de las actividades de salud pública o que tienen algún cargo en la salud pública, no eran satisfactorias (1). Esto permitió evidenciar la escasa atención que ha tenido el recurso humano en esta área, la falta de información sobre el que hacer del recurso humano, así como su no inclusión dentro de las políticas de reforma en el sector salud (4).

Colombia no fue ajena a estos cambios. Con la Ley 100 en 1993 se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, el cual modificó la infraestructura, la estructura y el área del recurso humano en salud (2), pasando de un modelo de servicios a uno de mercado regulado, que estableció nuevas condiciones de competitividad para el recurso humano en el mercado laboral, y evidenció problemas críticos para el desempeño profesional, entre los que se cuentan problemas de información, disponibilidad y calidad en la atención (5).

Indistintamente para esta investigación se utilizaran términos como auxiliares en salud pública, técnicos en salud pública o fuerza de trabajado técnica en salud pública, para referirse a los Técnicos Laborales Auxiliares en Salud Pública.

Adicionalmente, con la reforma se favoreció la atención a la enfermedad en menoscabo de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo cual trajo como consecuencia la desaparición de algunos perfiles, entre ellos el de promotor de salud, el de gestor en salud, el de agentes comunitarios y el de auxiliares en salud pública. Por otra parte, fueron desmantelados los equipos multidisciplinarios de salud que garantizaban el cuidado integral y permanente de la salud (6)

Los estudios muestran que si bien la reforma produjo un incremento en la cobertura de salud para los colombianos (7), también empeoraron los indicadores de salud pública, como es el caso de los programas de tuberculosis e inmunización en los cuales se afectó el monitoreo, el control y la cobertura en las comunidades(8). Además, la reforma al desarticular las redes que atendían la salud colectiva, promovió la reemergencia de los problemas que se creían controlados.

Esta situación llevó a que los gobiernos retomaran su preocupación por la formación de nuevo recurso humano (9); sin embargo, su crecimiento acelerado trajo implicaciones negativas tal como la dificultad para planificar la oferta de la formación y su demanda en el mundo laboral, la desigualdad en las funciones asignadas y el desconocimiento del desempeño realizado por egresados de las instituciones educativas (10), de tal manera que formar personal en salud pública altamente cualificado y asegurar una suficiente y competente fuerza de trabajo mediante la formación académica, ha llegado a convertirse en una prioridad internacional (11) (12).

En Colombia la formación académica en salud pública se ha desarrollado particularmente en la modalidad de posgrado (13). Sin embargo, existe la formación de técnicos auxiliares y de doctores en salud pública, pero uno de los retos es que las expectativas de formación académica para profesionales y técnicos sean coherentes con las competencias necesarias según la demanda (14) y que las

instituciones de salud, a su vez, ofrezcan las condiciones básicas de desarrollo laboral, profesional y personal para este capital humano (15).

Es relevante señalar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, la Política de Atención Integral en Salud- PAIS, el Modelo de Acción Integral Territorial en Salud- MAITE y las Rutas Integrales de Atención en salud -RIAS corresponden a lineamientos que procuran la calidad, la sostenibilidad y la equidad sanitaria para la atención en salud en la población colombiana y tienen implicaciones para la fuerza de trabajo en salud pública, pues en ella recaen las acciones del cuidado de la salud, la gestión territorial, la coordinación y la gerencia de las instituciones en salud (6) (16) (17) .

A su vez, en Colombia la oferta educativa se da en dos subsistemas, el de educación superior y el sistema de formación para el trabajo y desarrollo humano. Este último tiene dentro de su nivel de formación técnica laboral, la certificación de mano de obra calificada, operarios y, específicamente, auxiliares para el área de salud. Las instituciones educativas adscritas a este último sistema promueven una formación basada en un currículo de competencias mediado por normas de competencia laborales, producto de la concertación entre el sector productivo, educativo y gubernamental que busca regular el desempeño del talento humano en salud y su adaptación al mundo del trabajo (17).

En Colombia la formación para el trabajo está liderada por el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, institución que tiene una trayectoria en el país con más de 50 años, cumpliendo la misión que le corresponde al Estado de invertir en el desarrollo de los trabajadores colombianos mediante la formación y la capacitación.

En la ciudad de Cali, durante la última década el SENA ha contribuido en la formación de Técnicos Auxiliares de Salud Pública, junto con tres instituciones más de carácter privado. A la fecha, no se conoce cuál es el desempeño de estos egresados en las instituciones de salud u otras instituciones donde laboran y tampoco se sabe cuál es su nivel de integración con el nuevo modelo de atención en salud MAITE el cual durante el desarrollo de esta investigación fue propuesto

según lineamientos normativos por el Ministerio de la Protección Social, en reemplazo del pasado Modelo Integral de Atención- MIAS.

De tal manera que esta propuesta de investigación se enfocó a responder a la pregunta: **¿Cuáles son las funciones de la fuerza de trabajo técnica en salud pública en las instituciones prestadoras de salud de Cali y como se pueden articular con lo propuesto en el Modelo de Acción Territorial - MAITE?**

Al caracterizar las funciones de los Técnicos Auxiliares en Salud Pública con relación a su formación y a su participación en la dinamización del Modelo de Acción Integral Territorial, se logró una aproximación a la comprensión de la dinámica entre los sectores educativo, laboral y de salud para aportar desde este conocimiento en la estructuración de futuras políticas y/o decisiones en torno a la formación y vinculación al sector salud, de la fuerza de trabajo en salud pública, así como identificar la necesidad que este talento humano tiene frente a la continuidad en la formación según su perfil y la especificidad de las funciones.

2. ESTADO DEL ARTE

Este estado del arte se estructuró en tres partes, a fin de facilitar su comprensión y coherencia con los objetivos propuestos y la pregunta de investigación. En el primer apartado se presentan estudios sobre la importancia de identificar la fuerza de trabajo en salud pública, como soporte para la consecución de resultados frente a políticas y acciones encaminadas al bienestar de los colectivos humanos. La segunda parte da cuenta de estudios que muestran el tipo de formación académica y las competencias que la fuerza de trabajo en salud pública requiere, delimitadas de otras áreas y profesiones de salud, así como la interacción que debe existir entre los sectores de educación y trabajo para lograr su desarrollo. Finalmente, se presentan estudios que resaltan como la integración del sector educativo y de salud, se refleja en el sector productivo y permite el desarrollo del talento humano.

2.1 Identificación de la fuerza de trabajo en salud pública

El desarrollo y capacitación del recurso humano en salud pública, denominado como fuerza de trabajo (FTSP) (3), se ha contemplado como una de las once Funciones Esenciales de Salud Pública, las cuales corresponden al conjunto de condiciones que permiten mejorar la salud colectiva en el mundo (11); se considera que identificar de manera específica quién hace parte de esta fuerza de trabajo, permite estructurar y decidir políticas de formación, competencias y distribución de este recurso humano.

A su vez, para el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos de América caracterizar la población que trabaja en salud pública, es una estrategia que permite evaluar entre otras, la rotación del recurso humano,

las posibles pérdidas de personal, y determinar el impacto futuro de la de fuerza laboral para las regiones, permitiendo así anticipar y promover el fortalecimiento del recurso humano (18). También se plantea que mediante la caracterización es posible identificar debilidades frente al tamaño de la fuerza laboral, la cantidad de personal que se necesita, en qué puestos y funciones están, y si tienen las competencias o habilidades requeridas para brindar servicios de salud pública adecuados.

En 2001 un estudio realizado para identificar el personal de salud, referencia que los trabajadores de salud pública incluyen no sólo a empleados en las entidades de salud pública sino, también, a aquellos que trabajan en organizaciones privadas, entidades educativas, la industria de servicios de salud personal, organizaciones comunitarias y otros entornos de salud pública; algunas disciplinas profesionales comunes son los médicos, las enfermeras, los especialistas ambientales, los técnicos de laboratorio, los educadores de salud, los investigadores de enfermedades y los gerentes (19).

México en 2006 lideró un estudio multicéntrico (México, Jamaica y Costa Rica) que caracterizó la fuerza de trabajo en salud pública buscando conocer la relación de cantidad, distribución y cobertura del personal, e incorporó un reconocimiento a la percepción de los trabajadores frente a los componentes de conocimientos, creencias, significados y obstáculos en su desarrollo profesional. Como resultado este y otros estudios a nivel mundial coinciden en que la formación académica de tipo profesional es predominante (61%), seguido de un (28%) para la carrera técnica (20), (21).

Es relevante señalar que para los países de América Latina la formación técnica profesional se vincula a la educación formal; situación diferente en países como Colombia que desde 1992, con la participación de delegados de los Ministerios de Salud, Trabajo, Educación, ICFES y SENA, se determinó que la formación técnica que busca preparar a las personas en áreas específicas relacionadas con el sector productivo y desarrollar las competencias laborales específicas con su área de

desempeño, se reconoce como educación no formal o lo que actualmente se denomina educación para el trabajo y el desarrollo humano (22) (23).

Precisamente, frente a la identificación de roles relacionados con la FTSP cuya formación es no profesional, un mapeo en países suramericanos evidenció la incorporación de algunos perfiles como agente comunitario/a de salud, promotor/a de salud, trabajador/a remunerado/a o voluntario/a, los cuales se desarrollan y certifican como formación técnica y les permite integrarse a los equipos de salud primaria, cuya finalidad es brindar atención principalmente en áreas apartadas; sin embargo, esta información no aporta datos específicos para la fuerza de trabajo que no tiene formación profesional (24).

A su vez, un reporte de salud realizado en el 2008 en Estados Unidos, reconoció como un problema la escasez significativa de personal de salud pública, dado que se ejecutaban más acciones de salud pública con menos trabajadores, lo cual deja en evidencia el desconocimiento frente a la planificación y proyecciones que permitan atender problemáticas en salud; por ejemplo, en el año 2000, habían aproximadamente 50,000 empleados de salud pública menos, que en 1980 y para el 2020 se requerirán aproximadamente 250.000 nuevos trabajadores como mínimo (25).

Otro estudio realizado en Perú en 2016 evidenció que existe una brecha de recursos humanos con formación técnica-operativa y esto limita la capacidad del sistema de salud para implementar intervenciones en salud pública; se reconoce, entonces, al personal técnico como un importante soporte de los profesionales de la salud y principal operador de las intervenciones de vigilancia, prevención y control de los principales riesgos y daños de salud pública (26).

Durante el año 2005 Colombia adopta los "Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para Auxiliares en las áreas de la salud" que busca direccionar y regular la formación y desempeño de auxiliares en salud y reconoce el perfil técnico en salud pública buscando redefinir tareas más específicas y reducir considerablemente la ejecución conjunta de tareas por diferentes auxiliares (10); sin

embargo, según análisis realizados la formación profesional del recurso humano en salud es el de mayor representatividad, seguido por aquellos que poseen formación auxiliar(20,27).

Al revisar los programas de formación que integran el grupo de formación Auxiliar, se evidencia que 96% de los registros se concentran en tres programas de formación: Enfermería (76%), Salud Oral (12%) y Servicios Farmacéuticos (8%), de tal manera que quienes optan por la formación técnica en salud publica corresponde a menos del 1% de la población estudiada (28).

En el 2013 otro estudio realizado por la dirección de desarrollo de talento humano de Colombia, evidencia que 44% de los trabajadores en salud son del nivel auxiliar y que cerca del 30% del talento humano identificado realizó aportes al Sistema de Seguridad Social bajo la modalidad de trabajador independiente; es decir, no tiene un vínculo laboral con un empleador (29).

En síntesis, identificar la fuerza de trabajo en salud pública permite tener información que contribuya a garantizar el personal requerido para ejecutar estrategias y políticas comunitarias que propendan por el mejoramiento de las situaciones de salud. Sin embargo, en Colombia existe una brecha de información que permita identificar a la FTSP formada a través de programas de educación no formal en Colombia.

2.2 Formación laboral basada en competencias para el técnico en salud pública

La necesidad de formar trabajadores con las competencias requeridas capaces de desempeñar sus funciones se convierte en una prioridad, toda vez que uno de los principales retos de la fuerza de trabajo en salud pública, a diferencia de otros sectores, se relaciona con la necesidad de responder a situaciones imprevistas de salud en la población. Para ello, se requiere una estrecha interacción entre la

academia y las autoridades sanitarias, pues se deben desarrollar programas de estudios apropiados para las instituciones académicas, la educación permanente y la capacitación específica en el servicio (30).

Estas estrategias se han venido promoviendo desde el “Llamado a la acción de Toronto” en 2005, donde se buscó definir políticas y planes que llevaran al fortalecimiento de la fuerza de trabajo, teniendo en cuenta la dinámica de salud de los países y permitiera determinar metas encaminadas a conseguir también una distribución equitativa de los profesionales de salud pública según la disposición del territorio (31).

El análisis frente al fortalecimiento de la fuerza de trabajo en salud pública (FTSP) en las Américas, destacó la poca visibilidad de este recurso humano dentro de los sistemas de salud y dedujo que uno de los principales problemas de América Latina correspondía a la deficiente distribución del recurso humano y a problemas de formación académica tradicional. Como resultado del análisis se sugirió que es relevante que se generen nuevas competencias formativas encaminadas a dar respuesta a nuevos retos como el liderazgo, la comunicación, la participación y compromiso social para el sector productivo, ya que una de las estrategias para mantener el recurso humano en salud pública estable y competente, según su perfil, se logra mediante la capacitación y educación continua (31).

Durante este mismo año Chile, Perú y Bolivia participaron de un sondeo en las Américas, que pretendía conocer los principales desafíos en materia de formación de recurso humano en salud. Bolivia manifestó la necesidad de diseñar modelos para evaluar necesidades de aprendizaje que estén basados en competencias, además propuso desarrollar un sistema de educación permanente y un sistema de evaluación de los procesos de capacitación implementados. Otro desafío identificado en este sondeo hizo referencia a la continuidad de alianzas entre instituciones académicas y de servicio, además de desarrollar mecanismos de

cooperación entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud, que permitan adecuar la formación de su fuerza de trabajo (3).

Como recurso para implementar cambios que propendan por la mejora en la FTSP, se hace necesario que la educación esté basada en modelos formativos para mejorar el rendimiento de los sistemas de salud, esta propuesta direcciona a la adaptación de competencias profesionales básicas en contextos específicos que hacen imprescindible reformas educativas e institucionales, encaminadas hacia el aprendizaje transformador, integral y no solamente conceptual (33) (3).

Precisamente Cuba en el 2009 propuso un nuevo modelo basado en la formación de recurso humano en salud, íntegro, competente y con preparación científica, fundamentado en los valores y la formación teórico-práctica con enfoque por competencias, las cuales se desarrollan en el análisis de las funciones a ejecutar en el mundo laboral. Esta propuesta realza el modelo constructivista del conocimiento centrado en el estudiante, cuyo perfil formativo es aprender a aprender, aprender-haciendo y aprender a ser el profesional que se pretende formar (34). Hoy en día este país continua instando la necesidad de fortalecer la calificación y cualificación laboral entendida no sólo como el conocimiento o acumulación de saberes o habilidades, sino como la capacidad de actuar, intervenir y decidir en cualquier tipo de situación (35).

Situación parecida ocurre en México, en donde se llamó la atención sobre la importancia de buscar modelos educativos centrados en el alumno que le permitan desarrollar las competencias que requiere en determinados escenarios laborales que le hagan competitivo, profesional y que aseguren su desarrollo y aprendizaje significativo; esto como estrategia para mejorar la calidad en los servicios de salud (36).

En las Américas, la OPS formuló el marco regional de competencias esenciales en salud pública (MRCESP) como estrategia metodológica para fortalecer los sistemas de salud pública e impulsar el desarrollo de “Planes maestros de formación y capacitación” para la fuerza de trabajo. Como resultado de este ejercicio, se

reestructuraron las Funciones Esenciales en Salud Pública y se agruparon las competencias relacionadas para cada una de ellas en 6 dominios que determinaron en total 56 competencias (Tabla 1), que se constituyeron referente para estructurar, adaptar y valorar las competencias que requieren en términos de saber, saber ser y saber hacer los trabajadores de salud pública. Sin embargo, no se concretó un instrumento que posibilitara evaluar estas competencias esenciales en la práctica del personal, dadas las condiciones multi culturales de la región (32).

TABLA 1 PASO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA A LOS DOMINIOS SUSTANTIVOS EN COMPETENCIAS ESENCIALES DE RECURSOS HUMANOS

| <i>Función</i> | <i>Dominio</i> |
|--|--|
| 1. El monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población | 1. Análisis de situación de la salud |
| 8. La capacitación y desarrollo de los recursos humanos | |
| 10. La investigación en la salud pública | |
| 2. La vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública | 2. Vigilancia y control de riesgos y daños |
| 11. La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública | |
| 3. La promoción de la salud | 3. Promoción de la salud y participación social |
| 4. El aseguramiento de la participación social en la salud | |
| 5. La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública | 4. Política, planificación, regulación y control. |
| 6. El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública | |
| 7. La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios | 5. Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos |
| 9. La seguridad de la calidad en los servicios de salud | |
| | 6. Salud global e internacional |

Es relevante para efectos de la investigación, recordar que la educación para el trabajo y el desarrollo humano hace parte del servicio educativo colombiano y es el componente dinamizador de la formación de técnicos laborales quienes obtienen certificaciones de aptitud ocupacional y cuya formación se da fuertemente ligada entre lo teórico y lo práctico; la fuente primaria para el diseño de los programas de formación, es la ocupación y el trabajo, más no la disciplina; por lo tanto, este tipo de instituciones se convierten en las principales formadoras de la fuerza de trabajo técnica en salud pública y los currículos o programas de formación están determinados por las necesidades del sector productivo y la demanda social (37).

En Colombia en 2011 se realizó una caracterización de los escenarios de práctica de los técnicos laborales auxiliares en salud, basado en el Anexo Técnico del Acuerdo 034 de 2008 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud; esta evaluación abarcó 134 Instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano en 21 departamentos, en dicha fecha se habían reportado 100 programas ofertados en todo el territorio nacional, pero únicamente 12% se encontraban en ejecución de dichos programas. Al contrastar la pertinencia de los contenidos ofertados en los programas ejecutados, se encontró: 21% pertinentes, 9% poco pertinentes y 20% no pertinentes. El 50% de los reportes no tienen la información sobre itinerario de formación. En cuanto a la pertinencia de las instituciones donde se desarrolla la práctica formativa del Programa Técnico Laboral Auxiliar en Salud Pública, se encontró: 27% pertinentes, 73% no pertinentes, corresponden a IPS de mediana y alta complejidad (38).

Si bien es cierto que estas instituciones de formación deben contar dentro de su organización administrativa, con vínculos en el sector productivo al que apunta el programa ofertado, se desconoce para el caso del técnico en salud pública esta relación cuyo resultado podría traducirse en el fortalecimiento de los procesos educativos, a través de intercambios, actualizaciones y espacios de práctica real.

2.3 Fuerza de trabajo en salud pública y competencias en el mercado laboral

Para identificar no sólo las competencias laborales, sino actualizar según las nuevas demandas de la población los perfiles de quienes ofrecen servicios relacionados con la salud pública, se desarrollan estudios o análisis ocupacionales teniendo en cuenta grupos de trabajo que incluyen: trabajadores, empleadores, técnicos en la especialidad y especialistas en competencias(39). Como resultado se obtiene un mapa funcional de la especialidad traducido en la identificación de competencias funcionales que son la base para realizar la estructura de programas formativos, el acompañamiento y la vigilancia al desempeño del trabajador (40).

La competencia identificada y normalizada queda en condiciones de ser evaluada para constatar si una persona posee o no la competencia. Esta evaluación de competencias da paso, posteriormente, a la certificación que, como su nombre lo indica, consiste en el reconocimiento formal de la competencia demostrada. Como se verá más adelante, el certificado es una garantía de calidad sobre lo que la trabajadora o trabajador es capaz de hacer y sobre las competencias que posee para ello.

La Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud también se ha pronunciado sobre la necesidad de una articulación intersectorial entre salud y educación, instando a los países de las Américas a que lleven a cabo el compromiso adquirido de desarrollar acciones conjuntas e intersectoriales entre salud y educación, universidades e instituciones formadoras y que se genere un diálogo y compromisos concretos de manera que se asegure la existencia de una fuerza de trabajo en salud capacitada, motivada y distribuida acorde con las necesidades de la población (41).

Durante los últimos años se ha evidenciado dificultad con la determinación específica en el campo laboral de las funciones a realizar que son responsabilidad

de los trabajadores en salud pública (31). Un estudio realizado por la Dirección General de Salud y Consumidores de la Comisión Europea identificó como una dificultad principal para caracterizar a su fuerza de trabajo, el que las instituciones no tuviesen claridad de las funciones delegadas en los puestos de trabajo a los profesionales de la salud pública (21).

Con la formulación de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de la Protección Social colombiano, estableció la atención primaria formulada en la Declaración de Alma Ata, como la estrategia para lograr la coordinación del Estado y las instituciones en la búsqueda de una mejor gestión en el sistema de salud (40). De tal manera que esta estrategia es integrativa tanto del sistema de seguridad en salud, como del desarrollo social y económico global de la comunidad (42). Posteriormente, se consolidó la política integral de atención en salud PAIS (6), esta política se tradujo en la implementación de un modelo de salud integral denominado MIAS, cuyo objetivo era constituirse en el instrumento articulador de todos los actores y procesos del sistema de salud (43), trabajando en la conformación de equipos de salud renovados, capaces de asumir el cuidado de la salud de las personas y sus familias, en el escenario epidemiológico actual en el que se agregan los problemas emergentes como salud mental, enfermedades crónicas y envejecimiento de la población (44). En el marco del modelo MIAS se desarrollaron diez componentes, uno de ellos enfocado en el fortalecimiento del recurso humano en salud (RHS) (45).

Un estudio realizado en Santander, departamento considerado pionero en la puesta en marcha de la estrategia de APS como eje central del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS, identificó la percepción de los profesionales de salud que se desempeñaban en el primer nivel de atención y sus supervisores, frente a las competencias para desempeñarse dentro del modelo; pese a que este estudio piloto fue el primero en realizarse con este objetivo, el universo de la investigación acogió a todos los profesionales y técnicos, sin hacer discriminación entre las competencias o funciones esperadas según el nivel de formación; sin embargo, el estudio logró describir las competencias que desde el modelo MIAS requería el recurso humano y las agrupó según los criterios del saber hacer, saber ser y saber conocer (46).

De lo anterior se puede deducir que es poca la información existente que relaciona de manera directa la fuerza de trabajo técnica en salud pública, con su inmersión en el mundo laboral direccionado por políticas y modelos de atención en salud; además, la información aportada por este estudio y otros referenciados en apartados anteriores, enfocan su atención exclusivamente en el talento humano profesional.

El desconocimiento del personal de salud frente al modelo MIAS, no fue el único inconvenientes presentado para el desarrollo de la propuesta; entes territoriales y Entidades Prestadoras de Salud, también manifestaron inconvenientes para su implementación, lo que motivó a que el Ministerio de la Protección Social expidiera la Resolución 489 de 2019 en la que ofrecía un plazo de 4 años para realizar los ajustes pertinentes y poner en marcha el MIAS en todo el territorio nacional (47). Sin embargo, de manera imprevista unos meses más tarde se emite la Resolución 2626 de 2019, la cual modifica la política PAIS e introduce el nuevo Modelo de Acción Territorial (MAITE) que, entre otras, crea la línea de acción referente al talento humano en salud la cual incluye dos componentes propuestos por el MIAS en relación al fortalecimiento del recurso humano y a la investigación, innovación y apropiación del conocimiento (48). Dado a que no se identificaron cambios sustanciales entre los dos modelos (MIAS – MAITE), para el propósito de esta investigación se trabajará según lineamientos MAITE.

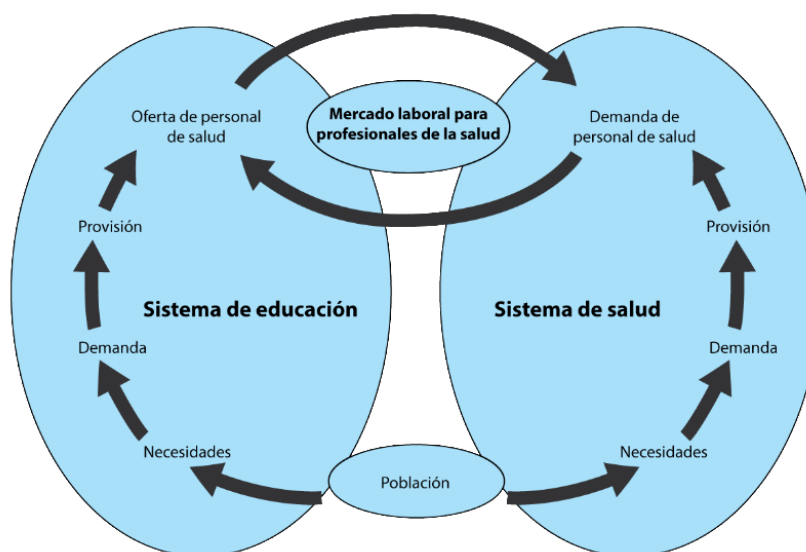
Según lo expuesto en este apartado, la investigación en torno a la identificación y desarrollo de la fuerza de trabajo técnica en salud pública es relativamente escasa y, por lo tanto se debe abordar de manera prioritaria, no sólo por dar una respuesta a la pregunta de investigación formulada sino, también, porque la fuerza de trabajo es clave en el engranaje entre el modelo de salud y la operativización del mismo.

3. APROXIMACIÓN TEÓRICA

Para entender las características de la fuerza de trabajo en salud pública se han usado diferentes modelos teóricos, unos más centrados en la caracterización de la fuerza de trabajo, como el propuesto por los autores Drehabl, Stover y Koo (2014), quienes plantearon crear una herramienta visual a fin de identificar y clasificar posibles factores que representan los desafíos de la fuerza laboral y, adicionalmente promueven en el modelo, un enfoque basado en sistemas para dar posibles soluciones a dichos desafíos (49). Otros modelos basados en el desarrollo de competencias, como el planteado por Tobón (2013), ofrece las pautas para identificar, formular y evaluar las competencias de los recursos humanos para el contexto educativo apoyado en la metacognición, el análisis reflexivo y la construcción de proyectos formativos (50). Por otra parte, Handler, Issner y Turnock (2001) proponen un modelo que favorece la evaluación de los sistemas de salud pública, incluyendo los recursos de información, los recursos de organización, los recursos físicos, los recursos humanos y los recursos fiscales; sin embargo, este modelo es limitado para comprender cómo estos elementos estructurales de la salud pública interactúan entre sí (51).

Para esta investigación se tuvo en cuenta la propuesta teórica de Julio Frenk y Lincoln Chen (2010) (Ilustración 2). Este modelo permite identificar de manera sencilla y práctica la interacción o relación que existe entre la formación del técnico en salud pública (Instituciones de formación para el trabajo y el desarrollo humano), el mundo del trabajo (IPS) y el sistema de salud (MAITE).

ILUSTRACIÓN 1 MARCO INTEGRAL DE INTERACCIONES ENTRE EL SISTEMA DE SALUD Y EDUCACIÓN



Fuente: Frenk et al 2010(33). Traducido por Erica Yurley Guevara

El modelo que considera las conexiones entre la educación y los sistemas de salud, mediados por la demanda del mundo laboral, fue propuesto por la comisión de educación de profesionales de salud para el siglo XXI (33) y se propone para responder de manera pertinente a las necesidades y demandas de la población. Aunque en este modelo juega un papel importante la comunidad, sus necesidades y demandas, en esta investigación este ámbito no fue considerado dado los objetivos que se perseguían.

En particular, para lograr la coherencia entre el modelo teórico y los objetivos de este trabajo de investigación, se entenderán únicamente los componentes de la siguiente manera:

Sistema educativo: hace referencia al sistema de formación profesional integral brindada por las instituciones de educación para el trabajo y desarrollo humano que dentro de su oferta educativa contemplen la formación de nivel técnico laboral para el perfil auxiliar en salud pública (52). Para el caso de esta investigación, se tendrán en cuenta instituciones públicas y privadas que forman trabajadores técnicos

laborales auxiliares en salud pública los cuales asisten y apoyan a la comunidad en el control de enfermedades y promoción de medidas para mejorar las condiciones de salubridad y prevención de enfermedades y que están empleados por instituciones de salud y las entidades territoriales.

Lo anterior regulado en Colombia por el Sistema Nacional de Formación para el Trabajo, el cual se considera “una estructura funcional que articula e integra gremios, empresas, centros de educación y desarrollo tecnológico, instituciones educativas técnicas, tecnológicas y de formación profesional, y al Estado con el fin de definir e implementar políticas, directrices y estrategias para el desarrollo y cualificación de los recursos humanos del país y el aprendizaje permanente” (53) (54) y que está sustentado en tres subsistemas: normalización, evaluación-certificación y formación. El primer subsistema tiene la función primordial de elaborar y aprobar las normas de competencia laboral; el segundo, de evaluar y certificar las competencias laborales de los trabajadores colombianos y el tercero se encarga de orientar el diseño y ejecución de programas de formación profesional para el desarrollo de competencias laborales.

Sistema de salud: corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud creadas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano para brindar atención en salud, según su nivel de complejidad, y quienes son responsables de ejecutar acciones determinadas por normatividad nacional, para este estudio de investigación será exclusivamente el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE, formulado mediante la resolución 2626 de 2019 (48) el cual tiene como uno de sus ejes fundamentales la estrategia de atención primaria en salud -APS que según Zurro y Solá (2011) es materializada a través de los equipos multidisciplinarios en salud (EMS) integrados por talento humano en salud que se vinculan a prestadores primarios de las redes de servicios de salud (55). Este modelo busca que todos los actores territoriales orienten sus acciones hacia el mejoramiento de las condiciones de salud de la población,

garantizando en sus acciones el derecho a la salud, para lograrlo plantea 8 líneas de acción, una de ellas denominada “Talento humano en salud”, la cual se relaciona con la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano en salud que apoya la atención integral centrada en personas, familias y comunidades; además promueve la organización de los perfiles en salud para la conformación de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud (EMS), los cuales se ajustan a las características concretas de la comunidad que atiende, para dar solución a necesidades reales de salud pública (56). Estos equipos conformados de manera interdisciplinar por personal de salud, incluyen al personal técnico/auxiliar que aporta con acciones de gestión, apoyo, atención, seguimiento y evaluación en el cuidado de las personas; de tal manera que el MAITE al involucrar la estrategia APS, busca identificar los perfiles vinculados a instituciones prestadoras de salud en el nivel primario que puedan hacer parte de los equipos comunitarios cuya responsabilidad es la atención básica de primer nivel en los puestos de salud (43) (57) es por ello que para efectos de esta investigación, las IPS se referencian como el mercado laboral de la fuerza de trabajo técnica en salud pública objeto de esta investigación.

4. OBJETIVOS

General:

Identificar las funciones de la fuerza de trabajo técnica laboral en salud pública en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en Cali (2019), y las posibilidades de articular dichas funciones al Modelo operativo de la Política de Atención en Salud MAITE.

Específicos:

Explorar la coherencia entre las funciones que realizan los técnicos laborales auxiliares en salud pública en las IPS y las competencias de formación impartidas para dicha fuerza de trabajo, Cali 2019.

Identificar la correspondencia entre las funciones desarrolladas por los técnicos laborales en salud pública dentro de las IPS y lo propuesto para la fuerza de trabajo en el modelo operativo MAITE.

5. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo utilizando técnicas de recolección de información propias de la investigación cualitativa, tales como la entrevista semi-estructurada y la consulta a expertos. A continuación, se presenta la metodología que se desarrolló en este estudio, según cada objetivo específico.

5.1. Coherencia entre las funciones desarrolladas por los técnicos en salud pública dentro de las IPS y las competencias de formación impartidas para dicha fuerza de trabajo.

Se realizó la identificación de las funciones realizadas por los técnicos laborales auxiliares de salud pública en sus lugares de trabajo (IPS). La información se obtuvo utilizando la técnica de entrevista semi-estructurada, la cual permitió identificar las competencias demandadas por las instituciones prestadoras de salud de carácter público o privado; además, de conocer datos básicos socio-demográficos, y condiciones de trabajo de dicha fuerza de trabajo.

5.1.1 Estrategia de muestreo:

Teniendo como base estudios funcionales de trabajadores en áreas de salud, diferentes a salud pública (58) y considerando que este tipo de estudio no se ha realizado en Colombia, se realizó un muestreo no probabilístico en bola de nieve o también llamado en cadena (59). Finalmente se referenciaron 14 participantes, pero la muestra incluyó a 10 de ellos que cumplieron con los criterios de inclusión planteados para la investigación. La información mediante la formulación de códigos y categorías que permitieron a la investigadora abordar con exhaustividad la información recolectada.

El muestreo fue de tipo heterogéneo ya que los participantes tenían diferentes características socio-demográficas, diferente trayectoria laboral y pertenecían a cohortes diferentes promovidas entre el 2015 y 2018.

5.1.2 Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres, mayores de 18 años de edad, egresados y certificados como técnicos o auxiliares en salud pública a partir del año 2015 y hasta diciembre de 2018.
- Hombres y mujeres, mayores de 18 años de edad, que en el momento de la entrevista, se encuentren vinculados laboralmente a una institución prestadora de salud de carácter público o privado.
- Hombres y mujeres, mayores de 18 años de edad, que en el momento de la entrevista certifiquen al menos 6 meses de experiencia laboral.

5.1.3 Participantes del estudio:

A fin de poder construir la muestra final con los diez (10) participantes Técnicos Auxiliares en Salud Pública, se identificaron 2 (dos) IPS, en donde la investigadora conocía previamente que se encontraba contratado dicho recurso humano. Posteriormente, se identificaron posibles participantes según criterios de inclusión determinados para el estudio (60), con los cuales se creó una base de datos de carácter confidencial y de uso exclusivo de la investigadora principal.

En total se identificaron 23 egresados, de los cuales 14 fueron contactados y finalmente 10 cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. Una vez identificados los participantes se realizó de manera individual una entrevista semi-estructurada, flexible y dinámica, la cual permitió recopilar datos de una manera mejor adaptada a las necesidades de la investigación (61), todo lo anterior previa firma de consentimiento informado en el que, adicionalmente, se solicitó autorización para realizar grabación de audio.

Los participantes en esta parte del estudio fueron a 10 técnicos egresados del programa Técnico Auxiliar en Salud Pública. Nueve (9) de ellos eran residentes en la ciudad de Cali y uno (1) en la ciudad de Palmira; todos estaban vinculados como trabajadores en instituciones prestadoras de salud (IPS) públicas o privadas ubicadas en Cali.

A cada participante se le asignó un código que fue compuesto por las iniciales TSP más un número arábigo. De esto modo, los participantes fueron nombrados secuencialmente, así: TSP 1, TSP 2, etc.

5.1.4 Recolección de información y análisis de datos:

A través de la entrevista semi-estructurada se identificaron las funciones ejecutadas por los participantes. La entrevista se orientó con un guión (Anexo 4) que permitió abordar el ámbito laboral del Técnico en Salud Pública aproximándose a las funciones que realizan según su formación, a aquellas que requieren mayor competitividad con otros perfiles técnicos en salud o para las cuales se necesitan certificaciones académicas adicionales a pesar de estar determinadas por normas de competencia laborales y, finalmente, también se indagó sobre aquellas funciones que demanda el mundo laboral pero en las que los técnicos no están formados, dado que no se relacionan con salud pública.

Durante la entrevista emergieron tres temas nuevos: 1. Las funciones delegadas que exigen mayor formación del técnico; 2. El alcance dado a las acciones de salud pública y; 3. Las acciones que deben hacer los técnicos para poderse incluir y mantener en el mundo laboral. Estos temas emergentes fueron analizados y enriquecieron la comprensión y profundidad del análisis dando respuesta a la pregunta de investigación y objetivos propuestos.

Los temas permitieron aproximarse en la identificación de las competencias propuestas a la luz de los lineamientos nacionales e internacionales para el perfil auxiliar en salud pública, así como en el reconocimiento de aquellas funciones

emergentes no relacionadas con las normas de competencia del perfil, pero que son demandadas por el sector productivo.

La estructura de la entrevista permitió que los participantes definieran y explicaran desde su propia experiencia, acciones que desarrollan según su perfil ocupacional y empleo actual.

Cada entrevista duró aproximadamente 50 minutos. Todas las entrevistas fueron transcritas textualmente en formato Word, se utilizó el programa Excel office 365 para agrupar y establecer las subcategorías y así facilitar el análisis de los temas encontrados.

5.1.5 Análisis de la información

El proceso de análisis e interpretación de las entrevistas se realizó mediante la técnica de análisis temático propuesto por Braun y Clark (2006) como un método para el tratamiento de la información en investigación cualitativa, el cual permite identificar, organizar, analizar y reportar temas a partir de la lectura y re-lectura de la información recogida, para inferir resultados que permitan la adecuada comprensión e interpretación de los hallazgos (62). El proceso se desarrolló según muestra la tabla a continuación:

TABLA 2. ETAPAS DEL ANÁLISIS TEMÁTICO

| FASE | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------|--|
| 1- Familiarizarse con los datos | Transcribir los datos obtenidos, revisarlos, leer, re-leer y consignar ideas generales durante el proceso. |
| 2- Generar códigos iniciales | Codificar aspectos interesantes de los datos, reunir extractos pertinentes de cada código. |
| 3- Proponer los temas | Cotejar los códigos en temas potenciales, reuniendo todos los datos relevantes para cada tema potencial. |
| 4- Revisión de temas | Comprobar si los temas son funcionales a los códigos asignados generando una estructura temática para el análisis. |

| | |
|--------------------------------|--|
| 5- Definir y nombrar los temas | Analizar permanentemente para refinar los detalles de cada tema y generar definiciones y nombres claros para cada uno. |
| 6-Producir el informe | Realizar el análisis final mediante la selección de extractos reales de la entrevista, relacionándolos con la pregunta de investigación, la literatura y los objetivos propuestos. |

Fuente: Adaptación propia de Braun y Clarke (2006) (63).

Poder realizar el proceso de identificación y la definición e información de los temas encontrados, permitió determinar las experiencias, los significados y las realidades de los participantes en su contexto laboral y la correspondencia de estos, con su perfil de formación.

Una vez transcritas las narraciones en su totalidad, a partir de lecturas repetidas de las mismas, se identificaron los segmentos relevantes para el análisis y se organizaron los datos, en el programa Excel office 365 mediante una matriz conceptual de cada tema potencial, identificando también las posibles relaciones con otros temas. La siguiente tabla muestra un ejemplo de cómo se desarrolló esta fase.

TABLA 3. ORGANIZACIÓN DE FRAGMENTOS EN TEMAS POTENCIALES

| No participante | Características del participante | Código 1 | Código 2 | Código 3 | Código 4 |
|-----------------|---|---|---|---|---|
| | | Presaberes de la formación en Salud Pública | Incursión al mundo laboral | El quehacer en el puesto de trabajo. | Relaciones que dan poder. |
| TSP 1 | Mujer de 26 años, egresada 2016. Auxiliar en salud oral | "Cuando vi en la página de internet Salud Publica en realidad no sabía qué era eso, pensaba que eran los que medían las agua lluvias en la calle, de esos que anda con esos cositos por ahí". | "Decían en la empresa: "segura que si existe esa carrera porque nosotros no la conocemos" y a ellos les tocó preguntar porque ellos decían que ellos nunca habían conocido el curso de técnico en salud pública". | "Mi responsabilidad en la institución es velar por la oportunidad de notificación de los eventos de interés en Salud Pública. Hacer seguimiento institucional, de los casos, pues, que se presentan que en su momento a los médicos se les olvida, o no lo notifican" | "Yo me considero un gran soporte, sí cuando mis superiores se dieron cuenta, ellos me dijeron que pues: "¿Cómo me iba a ir? que no sé qué, si usted se va, deja un hueco grande en la institución". |

Los temas potenciales, se analizaron y agruparon por temáticas finales, las cuales permitieron constatar el vínculo de la información con los objetivos de investigación.

TABLA 4 DEFINICIÓN DE TEMÁTICAS FINALES DERIVADOS DE TEMAS POTENCIALES

| <i>Temas potenciales</i> | <i>Tema final</i> |
|---|--|
| Lo que hago en el mundo laboral corresponde para lo que fui formado. | El ámbito laboral del Técnico en Salud Pública |
| “Lo que hago en mi lugar de trabajo se corresponde con mi formación como Técnico en Salud Pública pero debo cumplir con otras exigencias” | |
| Lo que me pide el mundo laboral pero no estoy formado para eso porque no corresponde a Salud Pública. | |
| Me piden más del técnico que soy. | Desafíos emergentes en la cotidianidad del Técnico en Salud Pública. |
| Lo que el técnico hace según sus creencias de salud pública, pero que corresponden a competencias de otros perfiles en salud. | |
| Lo que tengo que hacer para posicionarme en el mundo laboral. | |

Con los temas ya definidos se realizó el análisis e interpretación de las entrevistas y se propuso una lista de verificación cuyo contenido resume las funciones esperadas según los programas de formación de los técnicos en Salud Pública, y las funciones ejecutadas según los trabajadores, al interior de las IPS.

Este instrumento se convirtió en insumo principal para el desarrollo metodológico del segundo objetivo específico en esta investigación, el cual se describe a continuación.

5.2- Identificar la correspondencia entre las funciones desarrolladas por los técnicos en salud pública en las IPS y lo propuesto para la fuerza de trabajo en el modelo operativo MAITE.

Una vez identificadas las funciones que realizan los técnicos en salud pública en las IPS, se realizó la consulta a expertos quienes establecieron si dichas funciones podrían articularse con los lineamientos dados por el modelo de acción territorial MAITE para el talento humano en salud.

Se entendió como experto a aquellos sujetos cuya formación y experiencia previa les ha permitido alcanzar un dominio en un tema específico, que para este caso se relaciona con el modelo operativo de la política de atención en salud. Dado que el actual modelo MAITE se encuentra en fase de socialización y la resolución para ser implementado fue promulgada el pasado mes de septiembre de 2019, se tuvo en cuenta además, los conocimientos de los expertos frente al pasado Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS. Las opiniones relacionadas con el tema se utilizaron como juicios conclusivos en la investigación (64) y permitieron relacionar si las funciones ejecutadas por los técnicos en salud pública en sus lugares de trabajo se pueden articular con el modelo MAITE, según el alcance propuesto para el talento humano ya disponible en salud.

5.2.1 Expertos participantes:

El experto para efectos de esta investigación se definió como aquel individuo, cuya formación y experiencia previa le han permitido alcanzar dominio sobre un asunto

que excede el nivel promedio de sus iguales, y que está en disposición de exponer sus opiniones sobre dicho asunto para que sean utilizadas como juicios conclusivos (64); por lo tanto, para la selección de los expertos se revisó según currículum vitae, la relación entre la especialidad del experto y la coincidencia con el tema de esta investigación.

Debido a la limitación de tiempo y recursos, se determinó que el número de expertos fuese pequeño, pues como lo indica Martínez (2012) la realización de esta técnica no requiere de una participación nutrida, sino calificada (65) y según Ortega (2008) el tamaño de los participantes se puede ver influenciado por factores como el ámbito geográfico o las áreas de actividad laboral (66). En total se seleccionaron 4 (cuatro) expertos, cada uno en representación de alguna de las siguientes instituciones:

- Ente territorial Municipal.
- Institución Prestadora de Servicios en salud, pública o privada, de baja o mediana complejidad.
- Institución de formación relacionada con el talento humano en salud.
- Institución relacionada con procesos de investigación en salud.

La información recolectada fue codificada según el orden de respuesta de los expertos utilizando un código alfa numérico secuencial, así: Exp 1, Exp 2, etc.

Los expertos previstos, respondieron en su totalidad a la convocatoria de participación para esta fase de la investigación.

5.2.2 Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión determinados para la participación correspondieron a:

- Residir en el departamento del Valle del Cauca como mínimo 1 año continuo.

Coincidir con uno de los siguientes aspectos:

- Ser referentes en salud, de las entidades territoriales en salud a nivel departamental y municipal.

- Representantes o directores técnicos de IPS públicas y privadas cuyo nivel de atención corresponda a la baja complejidad.
- Investigadores que tengan relación con las áreas de salud pública, Política de Atención en Salud y recurso humano en salud.

La consulta permitió validar cada una de las funciones laborales identificadas por los técnicos al interior de las IPS (Anexo 5) y la relación que, según los expertos, guardan con el modelo de salud, estrategias y políticas en salud pública.

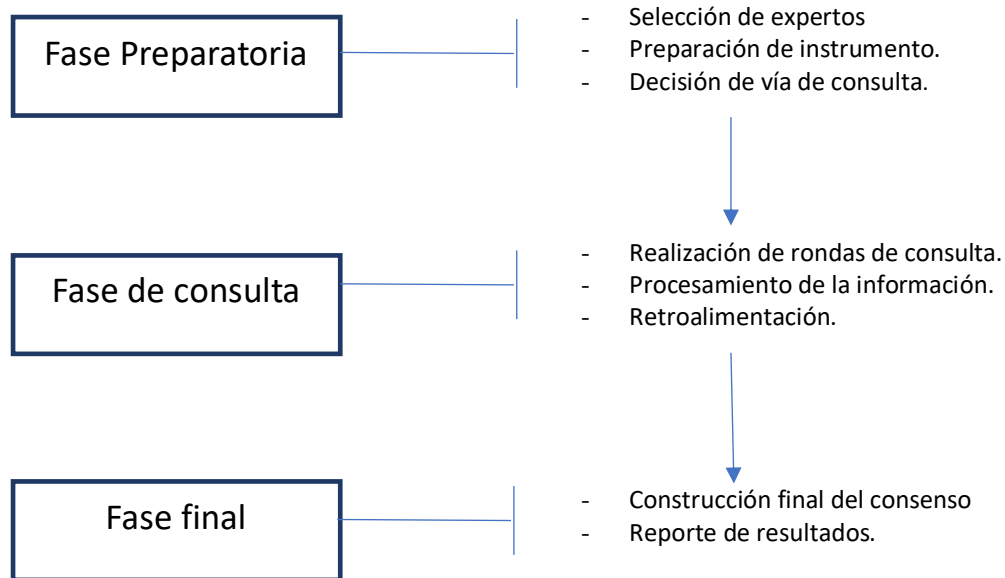
5.2.3 Análisis de la información:

El proceso de análisis realizado a la información provista por los expertos, determinó si las funciones descritas en el instrumento sometido a revisión, se articulaba con las demandas propuestas para el talento humano según el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).

El análisis se realizó siguiendo la técnica de sistematización denominada método Delphi (67), el cual tiene como objetivo recopilar opiniones de expertos sobre un tema particular y conseguir un consenso a través de su convergencia (68), además por ser un método interactivo, anónimo y que genera realimentación, facilita el análisis de temas de interés en el área de salud (69).

Con el apoyo de autores que han aplicado el Método Delphi en sus investigaciones (Oñate, Ramos y Díaz, 1998; Bravo y Arrieta, 2005), se estableció la secuencia metodológica a seguir, la cual se estructura en tres fases: 1. Fase preparatoria. 2. Fase de consulta. 3. Fase final final (70–72) las cuales se describen a continuación (ilustración 2):

Ilustración 2 Fases método delphi



Sistematización del procedimiento Delphi (64).

Fase preparatoria:

Durante esta fase se realizó la selección de los expertos, esta selección se realizó tomando como referencia la consulta web de las hojas de vida laborales. En total se consultaron cuatro expertos en las siguientes áreas: experto adscrito al ente territorial de salud municipal de Cali, un experto investigador en salud pública relacionado con equipos de atención en salud, otro experto líder en la prestación de servicios y manejo de recurso humano en instituciones de baja y mediana complejidad y, finalmente un experto en formación académica relacionada con el área de salud pública.

Se propuso un primer instrumento el cual contenía aproximadamente veintiún ítems que resumía las funciones realizadas en las IPS, según la información provista por los Técnicos en Salud Pública durante las entrevistas. Se definió que como vía de consulta inicial por practicidad y agilidad el correo electrónico; sin embargo, esta

primera consulta tomó más tiempo de lo estipulado, dadas las ocupaciones de los expertos y el tiempo disponible para responder de manera virtual la consulta, esta situación exigió a la investigadora, cambiar de una estrategia de consulta virtual a una de atención presencial. Se acordó realizar la consulta verbal con dos participantes y los demás se ajustaron a la consulta electrónica.

Fase de consulta:

Durante esta fase se realizaron dos rondas de consulta, en promedio la primera ronda demoró 20 días, en este tiempo se organizó un instrumento con 21 ítems o funciones ejecutadas por los Técnicos en Salud Pública, plasmados en una lista de verificación (Anexo5), que asignaba tres posibles resultados: desacuerdo total (DT), parcialmente de acuerdo (PA), DE ACUERDO (DA), estas funciones se plantearon según el ejemplo (Tabla5) de la siguiente manera:

TABLA 5 EJEMPLO INSTRUMENTO PARA ANÁLISIS. RONDA 1 DE EXPERTOS.

| Función del Técnico en Salud Pública | Desacuerdo total (DT) | Parcialmente de acuerdo (PA) | De acuerdo (DA) | Observaciones |
|---|------------------------------|-------------------------------------|------------------------|--|
| Velar por la oportunidad de notificación de los eventos de interés en Salud Pública. | | | X | |
| Realizar seguimiento institucional y extramural de los casos reportados en SIVIGILA. | | | X | |
| Realizar auditoría de historias clínicas para determinar el cumplimiento de criterios y el reporte al SIVIGILA. | X | | | Función que le compete a profesionales de salud con perfiles diferentes. |

Fuente: Tomado de Exp 1

Este instrumento se sometió a una prueba piloto con una experta investigadora en salud pública y así determinar tiempos de respuesta y comprensión de los ítems propuestos. Como resultado se reestructuró el instrumento en 16 funciones agrupadas por áreas o campos de acción en salud pública (Anexo 6).

Cada función fue evaluada de manera individual según el criterio del experto; el porcentaje (%) se utilizó como unidad estadística pues el objetivo era seleccionar elementos que consensuadamente se consideraran más relevantes que otros y, adicionalmente, los porcentajes permiten una interpretación más clara de los resultados para los participantes en la investigación (73).

A la participación de cada experto se le asignó un porcentaje equivalente al 25% del total de la participación por función descrita. Se eliminaron las funciones cuya casilla “desacuerdo total” (DT) tuviese un total mayor o igual al 75%, lo mismo sucedió con los ítems cuyo resultado correspondió al 25%, o menos, en las casillas “parcialmente de acuerdo” (PA) o “de acuerdo” (DA); las funciones cuyo análisis dio como resultado valores iguales, fueron reestructuradas en nuevas funciones que se condensaron para la segunda ronda de consulta. La asignación de los porcentajes se realizó utilizando el programa de Excel Office 365.

A continuación se ilustra un ejemplo del análisis realizado en la ronda 1 de consulta:

ILUSTRACIÓN 3 EJEMPLO DE PORCENTAJES ASIGNADOS RONDA 1 POR ÍTEM

| Análisis panel de expertos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|-----|-----|--------|----|------|--------|-----|----|--------|-----|----|--------|-----|-----|--------|-----|----|--------|----|------|--------|-----|------|--------|-----|------|
| Experto | Item 1 | | | Item 2 | | | Item 3 | | | Item 4 | | | Item 5 | | | Item 6 | | | Item 7 | | | Item 8 | | | Item 9 | | |
| | DT | PA | DA | DT | PA | DA | DT | PA | DA | DT | PA | DA | DT | PA | DA | DT | PA | DA | DT | PA | DA | DT | PA | DA | DT | PA | DA |
| 1 | | | 25% | | | 25% | 25% | | | 25% | | | | | 25% | 25% | | | | | 25% | | | 25% | | | 25% |
| 2 | | 25% | | | | 25% | 25% | | | | 25% | | | 25% | | 25% | | | | | 25% | | | 25% | | | 25% |
| 3 | | 25% | | | | 25% | 25% | | | | 25% | | | 25% | | | 25% | | | | 25% | | | 25% | | | 25% |
| 4 | | | 25% | | | 25% | | 25% | | | 25% | | | | 25% | | 25% | | | | | | 25% | | | 25% | |
| Total % | | 50% | 50% | | | 100% | 75% | 25% | | 25% | 75% | | | 50% | 50% | 50% | 50% | | | | 100% | | | 100% | | | 100% |

Fuente: Construcción propia.

Cada ronda con los expertos fue de carácter individual, guardando los principios de confidencialidad de la información y de anonimato.

La segunda ronda de consulta tuvo como punto de partida un instrumento rediseñado producto del primer consenso realizado (Anexo 7). Fueron 15 funciones reorganizadas en relación a la atención centrada en los territorios como una de las características que según expertos, resalta el Modelo de Acción Integral Territorial y permite la interdisciplinariedad de los equipos de atención primaria en salud.

El instrumento mantuvo su estructura definida por áreas de salud pública y enunció las funciones a desarrollar para cada una de ellas, dando como resultado un instrumento mucho más específico y coherente al objetivo propuesto; este instrumento no cuenta con calificación, pues todas las funciones son pertinentes para el perfil técnico auxiliar en salud pública. A continuación, se presenta una parte del instrumento.

ILUSTRACIÓN 4 EJEMPLO DEL INSTRUMENTO RONDA 2 DE EXPERTOS

| Ítem | Área de Salud Pública | Función | Observaciones |
|------|-----------------------------|---|---------------|
| 1 | Vigilancia en Salud Pública | Notificación, reporte y seguimiento de eventos de interés en Salud Pública. | |
| | | Participación en COVE, para brindar apoyo en el seguimiento a las acciones de mejora propuestas para las instituciones. | |
| | | Registro y seguimiento a estadísticas vitales en instituciones de mediana y alta complejidad. | |

Fase final

En esta fase se construyó el consenso final de la consulta realizada a los expertos.

El desarrollo metodológico descrito para cada una de las técnicas cualitativas de este trabajo investigativo, permitió una exploración a la dinámica entre el sector educativo, el sector productivo y el sector salud, traducidos en las identificación de las funciones desempeñadas por la fuerza de trabajo técnica en Salud Pública dentro de las instituciones de salud.

El análisis realizado a los datos obtenidos fue constante y coherente entre la pregunta de investigación, el modelo teórico y los objetivos, lo que muestra la rigurosidad de la investigación desarrollada.

Adicionalmente, el estudio se ajustó a los principios éticos establecidos por el artículo 6 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, cada participante consintió su participación de manera voluntaria (Anexo 2) y fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Valle (Anexo 3).

6. RESULTADOS

El capítulo de resultados se presenta en dos componentes, el primero se refiere a los resultados obtenidos producto de la entrevista realizada a los técnicos auxiliares en salud pública y el segundo componente muestra el consenso del panel de expertos consultados.

6. 1. Componente 1: Reconociendo desde la mirada de los técnicos auxiliares en salud pública, sus funciones en las IPS de Cali.

En la primera fase de la investigación participaron diez (10) Técnicos en Salud Pública (7 mujeres y 3 hombres) con edad promedio de 24.8 años. 50% había realizado exclusivamente la formación técnica en salud pública, 40% tenía formación adicional como técnicos auxiliares de enfermería y uno tenía, además, formación como higienista oral. El tiempo promedio transcurrido desde su certificación como Técnicos en Salud Pública a la fecha de la investigación era de 2.6 años (Tabla 6).

El 60% de los participantes están contratados por instituciones de salud del sector privado y 50% se laboran con la empresa que fue su patrocinadora laboral al desempeñarse como aprendices en etapa productiva (Tabla 7).

TABLA 6 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

| Participante | Edad | Sexo | Formación académica |
|--------------|---------|-------|--|
| TSP 1 | 26 años | Mujer | Auxiliar en Higiene Oral Técnica en Salud Pública |
| TSP 2 | 21 años | Mujer | Técnica de Enfermería Técnica en Salud Pública |
| TSP 3 | 26 años | Mujer | Técnica de Enfermería Técnica en Salud Pública |

| | | | |
|--------|---------|--------|---|
| TSP 4 | 23 años | Hombre | Técnico en Salud Pública |
| TSP 5 | 25 años | Mujer | Técnica de Enfermería Técnica en Salud Pública |
| TSP 6 | 29 años | Mujer | Técnica de Enfermería Técnica en Salud Pública |
| TSP 7 | 28 años | Hombre | Técnico en Salud Pública |
| TSP 8 | 24 años | Mujer | Técnica en Salud Pública |
| TSP 9 | 22 años | Mujer | Técnica en Salud Pública |
| TSP 10 | 25 años | Hombre | Técnico en Salud Pública |

TABLA 7 CONTEXTO LABORAL DE LOS PARTICIPANTES

| Participante | Año de egreso como TSP | Labora en sector | | Labora con la empresa patrocinadora |
|--------------|---------------------------|------------------|---------|--|
| | | Público | Privado | |
| TSP 1 | 2016 | | X | Si |
| TSP 2 | 2015 | | X | No |
| TSP 3 | 2015 | | X | Si |
| TSP 4 | 2017 | | X | No |
| TSP 5 | 2016 | | X | No |
| TSP 6 | 2015 | X | | No |
| TSP 7 | 2017 | | X | Si |
| TSP 8 | 2018 | X | | Si |
| TSP 9 | 2018 | X | | Si |
| TSP 10 | 2017 | X | | No |

A continuación, se presentan los hallazgos relacionados en torno a la coherencia de las funciones realizadas por los técnicos auxiliares en salud pública versus las competencias a formar en este talento humano. La información se agrupó en dos temas finales. En el primer tema que se denominó “El ámbito laboral del Técnico en

Salud Pública” se abordan las funciones desarrolladas por los técnicos en su lugar de trabajo, que dan respuesta a las competencias formadas y a las necesidades de las IPS.

Los resultados a este primer objetivo finalizan con el tema “Desafíos emergentes en la cotidianidad del técnico en salud pública”, en el cual se describen aquellas funciones que si bien corresponden al ámbito de la salud pública, exigen en los técnicos auxiliares conocimientos y experticia que sobrepasa su perfil.

6.1.1 Tema 1: El ámbito laboral del Técnico en Salud Pública

Este tema se describe a través de tres (3) temas potenciales, lo cuales ilustran las funciones desarrolladas por los técnicos en su lugar de trabajo:

6.1.1.1 “Lo que hago en mi lugar de trabajo se corresponde con mi formación como Técnico en Salud Pública”:

La formación técnica en salud pública en las instituciones para el trabajo y el desarrollo humano de Colombia, tiene una duración de 18 meses. Los entrevistados reportaron la relación existente entre la ejecución de sus funciones y la formación recibida según las competencias laborales.

En la siguiente tabla (Tabla8) se presentan las funciones descritas por los participantes, agrupadas por áreas laborales de salud pública en las que los técnicos desarrollan sus funciones y se contrastan con las competencias de formación técnica para este perfil.

TABLA 8 FUNCIONES DE LOS TSP EN EL MARCO DE SUS COMPETENCIAS

| Áreas de salud pública | Funciones del técnico en salud pública | Competencias de formación técnica |
|-------------------------------|--|--|
| | <i>1. Cumplimiento de protocolos en Salud Pública:</i> | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Vigilancia en Salud Pública</p> | <p>“Mi apoyo es en el área de auditoría de calidad de salud pública verificando que se cumplieran los protocolos para los eventos en salud pública que se reportaban y, también, le hacía seguimiento y ayudaba a que se llenaran adecuadamente las fichas de notificación”. (TSP 8)</p> | <p>Identificación de eventos en salud pública, según los protocolos nacionales.</p> |
| | <p>2. Reportes en SIVIGILA:</p> <p>“Lo fuerte es el SIVIGILA, eso fue lo que entré a hacer, cargo las fichas de notificación obligatoria, y estoy pendiente que no se atrase el proceso” (TSP 6).</p> | |
| | <p>3. Análisis de eventos:</p> <p>“Hago partícipe de las unidades de análisis de los eventos de mortalidad, como la mortalidad prenatal, mortalidad de VIH, casos de meningitis, casos de tosferina, también participo en los COVE.” (TSP 1)</p> | |
| | <p>4. Revisión de historias clínicas:</p> <p>Prácticamente hago auditoría de historias, lo relacionado con vigilancia epidemiológica, manejo de protocolos y enfermedades de notificación”. (TSP 7)</p> | |
| <p>Educación y fomento de la participación.</p> | <p>5. Actividades educativas:</p> <p>“Nosotros hacíamos prácticas en educación y también manejaba el SIVIGILA”. (TSP 9)</p> | <p>Educación en salud, según condiciones y contexto de la población.</p> <p>Fomentar la movilización y participación social de la comunidad</p> |
| | <p>6. Apoyo en campañas de promoción:</p> <p>“Apoyamos unas campañas educativas que se hacían internamente ahí en la IPS como para captar pacientes de manera oportuna porque no siempre ellos van al programa”. (TSP 4)</p> | |
| | <p>7. Educación domiciliaria:</p> <p>“Voy a las casa a realizar las campañas en este caso para la prevención del dengue, se educa a las familias y también hago el seguimiento de los casos que se reportan” (TSP 10)</p> | |

| | | |
|--|---|---|
| Sistematización de información | <p>8. Manejo de bases de datos:</p> <p><i>“Manejar bases de datos de pacientes con enfermedades de alto costo y hacer análisis al respecto frente al manejo que se le daba y el seguimiento. (TSP 3)</i></p> | Sistematizar la información de interés en salud pública teniendo en cuenta las exigencias de la autoridad sanitaria. |
| | <p>9. Procesamiento de información y estadística:</p> <p><i>“He dado apoyo específicamente con las bases de datos, trabajar procesamientos con las bases de datos ver las estadísticas sacar ese tipo de información”. (TSP 4)</i></p> | |
| Programas de promoción y prevención | <p>10. Identificación de factores de riesgo en salud:</p> <p><i>“En otro momento estuve haciendo tamizaje cardiovascular porque estábamos cortos en las metas del programa” (TSP 3).</i></p> | <p>Realizar acciones individuales y colectivas de prevención.</p> <p>Promover el mantenimiento de los patrones funcionales por ciclo vital.</p> |
| | <p>11. Demanda Inducida:</p> <p><i>“Me toca el programa de tuberculosis entonces me toca esto hacer todo lo de los seguimientos a los pacientes, también la demand inducida” (TSP 2).</i></p> | |
| | <p>12. Adherencia a programas:</p> <p><i>“Llamar a los usuarios que se iban del programa y ya no volvían, los hipertensos, diabéticos, entonces teníamos que volverlos a llamar, asignarles cita, los exámenes, volverlos a adherir al programa”</i></p> | |
| Orientación de los servicios de salud. | <p>13. Atención al usuario en programas de salud pública:</p> <p><i>“Apoyaba lo que era la atención al usuario y ayudaba a remitir a los programas de promoción y prevención a las personas que necesitaban según los protocolos de la institución”(TSP 5).</i></p> | <p>Admitir al usuario en la red de servicios de salud.</p> <p>Direccionar al usuario a los servicios del Sistema de Salud, según sus necesidades.</p> |
| | <p>14. Direccionamiento de usuarios en lo servicios:</p> <p><i>“Cuando llegaban por ejemplo las señoras en embarazo o que llegaban los niños pequeños se tiene que enviar a las IPS cercanas para que realicen actividades de promoción y prevención, entonces yo les busco la cita y les explicaba que de qué se trataba ese esa cita” (TSP 7).</i></p> | |

Según lo encontrado, los técnicos egresan con conocimientos fuertemente relacionados con la vigilancia en salud pública, los cuales se fortalecen en el sector laboral a través de oportunidades como la participación en comités de vigilancia epidemiológica, el seguimiento y manejo de los protocolos de enfermedades de notificación en salud pública y análisis de indicadores epidemiológicos en la comunidad; la gran mayoría de sus acciones están concentradas en los servicios de salud y refieren poca participación en labores de tipo comunitario y extramural.

Adicionalmente, una vez egresan los técnicos para enfrentarse al mundo laboral en salud pública, tienen claro que durante su formación teórica fueron capacitados para ejecutar funciones específicas de su perfil, lo que les permite determinar en su quehacer cotidiano cuales fortalecen lo aprendido y les generan “comodidad y seguridad” al ser ejecutadas.

“Digamos me ponen a hacer cosas que están dentro de lo que yo manejo, dentro del conocimiento, de lo de salud pública, como verificar las fichas de vigilancia que llenan los médicos.” (TSP 1)

“Dentro de lo que estudié, sí sabía, o sea, tenía claro todas las funciones que tenía que hacer en el cargo de vigilancia epidemiológica.” (TSP 6)

“Yo creía que la salud pública era cerrar los establecimientos que no cumplen con las condiciones de salud, pero cuando ya estudié, me di cuenta que es ayudar al bienestar de las comunidades, hacer trabajo en todo lo que es la promoción y la prevención, la demanda inducida...” (TSP 7).

Reconocen, además, que desarrollan habilidades como liderazgo, capacidad de análisis, resolución de problemas y trabajo en equipo, bajo la dirección de profesionales en salud como epidemiólogos o profesionales de enfermería.

“Hacíamos seguimiento inicial a los usuarios o pacientes que son diagnosticados con alguna de las enfermedades de interés en salud pública, para poder atender a tiempo y no que estas enfermedades o casos especiales se acrecienten a las regionales Valle y Cauca” (TSP1).

“Yo soy el único técnico en salud pública, trabajo con auxiliares de enfermería, la jefe de enfermería y la epidemióloga que es como la jefe de todos, pero el trabajo que hacemos todos es muy interesante porque todos nos complementamos” (TSP4).

Por otra parte, cabe resaltar a continuación algunos perfiles de egreso que hacen parte de los programas técnicos en salud pública ofertados en la web, por instituciones de formación para el trabajo y el desarrollo humano, cuyo objetivo es formar talento humano capaz de fomentar mediante acciones individuales y colectivas principalmente la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública.

“Personas cuyas funciones están fundamentadas a orientar y fomentar en el individuo y la comunidad la adquisición de hábitos saludables y la educación acerca de los deberes y derechos frente a la participación social organizando nodos en la solución de las necesidades de salud colectiva aplicando los protocolos de vigilancia en salud pública” (74).

“Esten en capacidad de brindar promoción de la salud y prevención de la enfermedad y orientación en salud a las personas y comunidades en

aspectos de promoción, educación y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, bajo la supervisión de un profesional de la salud” (75).

“Sean personas que apliquen el concepto del proceso salud-enfermedad con enfoque familiar y comunitario, estén en la capacidad de recibir, atender y remitir al usuario dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud e identifiquen factores de riesgo en salud de las personas y los colectivos” (76).

Los resultados muestran efectivamente, que los Técnicos en Salud Pública realizan funciones pertinentes a su perfil de egreso y en gran parte, también, con las competencias formadas en las instituciones creadas para tal fin. Adicionalmente los participantes refieren que los programas de formación les fortalecen habilidades para la vida y el trabajo como: la resolución de conflictos, el trabajo en equipo y el liderazgo.

“Entonces yo decía: “necesito tales cosas para hacer rifas, cosas para los pacientes”. Entonces, ya los jefes sabían y me pasaban eso. Y yo hacia las cosas que tenía que hacer, iba a las IPS con otra enfermera que me ayudaba y hacíamos las charlas” (TSP 5).

“A veces me llaman compañeros que están en otras instituciones y me preguntan sobre lo que deben tener cuando va a ir la secretaria a visitarlos, entonces les mando mis informes o si tengo un tiempo nos encontramos y yo les explico, la idea es ayudar” (TSP 6).

Se reconoce también un especial énfasis en acciones relacionadas con la epidemiología y menos oportunidad con aquellas cuyo enfoque es la intervención directa en la población tales como participación en jornadas de promoción y

prevención extramurales, seguimiento domiciliario y direccionamiento a usuarios en los servicios de salud.

6.1.1.2 “Lo que hago en mi lugar de trabajo se corresponde con mi formación como Técnico en Salud Pública, pero debo cumplir con otras exigencias”:

La fuerza de trabajo técnica en salud pública se forma en competencias coherentes con lo requerido en el mundo laboral de la salud pública; sin embargo, no todas son exclusivas para este perfil y algunas requieren entrenamiento adicional para poder ejecutar sus funciones. Por consiguiente, el técnico en salud pública difícilmente se distingue de otros perfiles en salud.

En la siguiente tabla, se relacionan las competencias que en el ámbito laboral se convierten en “desafiantes” según la experiencia de los participantes, en términos de la oportunidad para poder ser ejecutadas cumpliendo las exigencias específicas para ello.

TABLA 9 PERCEPCIÓN DE LOS TÉCNICOS FRENTE A COMPETENCIAS POCO EJECUTADAS

| Competencia formada | Qué percibe el técnico |
|--|--|
| <i>Administración de inmunobiológicos y medicamentos</i> | <p>“Hasta ahora yo no he podido estar en PAI, desde que salí es difícil trabajar si no se tiene el certificado (TSP 3)”.</p> <p>“ Yo creo que en lo de vacunación por ser un programa tan exigente, no se puede poner vacunas sin tener el estudio o certificado específico que garantice que uno no va a hacerle daño a la persona porque sabe lo que está haciendo (TSP 4)”.</p> <p>“Deberían validar lo que uno aprende en la formación y no ponerlo a hacer más cursos, porque los cupos</p> |

| | |
|--|--|
| | son limitados y pierde uno la oportunidad de tener el trabajo (TSP 6)". |
| <i>Identificación de situaciones de salud individuales y colectivas y promoción del mantenimiento de la salud.</i> | <p>"Uno se pone a mirar, si necesitan a alguien para que tome la presión y haga una visita, piensan que es más completo un auxiliar de enfermería (TSP 5)".</p> <p>"La gente no sabe que un técnico hace lo de un promotor de salud en las veredas, puede ir a buscar la gente, mirar como está y ayudarles a mejorar (TSP 10)".</p> <p>"En la clínica al principio la encargada de verificar que a todos los niños que nacían se les hiciera las actividades del protocolo, era una auxiliar de enfermería, cuando me contrataron a mí, esa función me la asignaron (TSP 1)".</p> |

Los entrevistados refiere dos competencias en las que recibieron formación, cuyas funciones en término de oportunidad en el mundo laboral, resultan poco viables de poder ejecutarse. Tal es el caso de la administración de medicamentos e inmunobiologicos y la competencia relacionadas con identificación de situaciones de salud.

Para la competencia de administración de inmunobiologicos y medicamentos, el pensum académico propone por lo general 40 horas o más de formación teórico-práctica, pero debido a la alta complejidad e impacto que las enfermedades inmunoprevenibles tienen en la salud no sólo del individuo sino, también, de los colectivos (77), se requiere que el auxiliar esté en la capacidad de asumir las tareas frente al alistamiento, preparación, administración, reporte de inmunobiologicos, así como, apoyar la demanda inducida, según los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI- (77), esto hace necesario que el talento humano que se ocupa de funciones relacionadas con vacunación, reciba adicional a los

conocimientos de su formación inicial, capacitación específica y continua, la cual desde la norma de habilitación de servicios de salud debe ser responsabilidad de las instituciones prestadoras de servicios que oferten este servicio, sin importar su grado de complejidad o su naturaleza pública o privada (79), sin embargo los participantes manifiestan que “los cupos son limitados y priorizados para otros perfiles”, por lo tanto no pueden apoyar más allá de la demanda inducida de los servicios.

La competencia que se relaciona con la identificación y promoción de situaciones de salud individuales y colectivas, tiene una duración superior a las 200 horas teórico – prácticas en las que se busca dar herramientas y conocimientos pertinentes, para que el técnico pueda valorar las condiciones físicas, sociales y emocionales del individuo, realice procedimientos básicos de salud, y a través del fomento de estilos de vida saludable, se pueda garantizar el mantenimiento de la salud para el individuo y su comunidad (75).

Para el caso específico de esta competencia, los participantes no refieren dificultades de tipo técnico o formativo para ejecutar las funciones, su principal dificultad se relaciona con otros perfiles auxiliares en salud que son percibidos como “competencia” y cuyo actuar gira también en torno a las funciones ya mencionadas. El Auxiliar de enfermería es identificado por los técnicos en salud pública como el talento humano que más compete por acceder a la ejecución de acciones relacionadas con esta competencia y posiblemente se debe a la escasa diferenciación de sus funciones. Además, la dinámica económica y laboral del país fomenta a que se contraten perfiles con capacidad para el desarrollo de multi tareas u oficios y no que se cuente con personal exclusivo y cualificado en áreas específicas y con conocimientos específicos(80). Así lo reportan los participantes:

“Pues, yo creería que porque en las empresas buscan como una persona que haga más y se le pueda pagar lo mismo y eso es lo que se puede hacer

con un auxiliar de enfermería, porque el auxiliar de enfermería como es asistencial lo pueden poner a hacer todo eso”(TSP 4).

“Después estudié auxiliar de enfermería... así fue como me pude ubicar en este trabajo, aunque hago cosas de salud pública, piden es que sea auxiliar de enfermería porque, porque las dos se complementan”(TSP 2).

Adicionalmente, los Técnicos en Salud Pública al terminar su formación se encuentran con un mundo laboral en el que su perfil, en la mayoría de casos, no corresponde con la descripción de las vacantes ofertadas, o en ocasiones deben optar por contratos laborales con que son para perfiles diferentes, como el caso del siguiente participante:

“Cuando yo entré, ni siquiera entré como salud pública, entré en una vacante como auxiliar de enfermería para que me pudieran contratar, de no ser así, no estaría trabajando” (TSP 1).

Esta situación puede deberse a la dificultad para identificar y delimitar las funciones de los perfiles en salud, dado que las IPS por ejemplo, relacionan fácilmente las competencias de los técnicos auxiliares en enfermería, pues es uno de los perfiles de apoyo más representativos en la actualidad (27), sin embargo al igual que los auxiliares en salud pública también tienen dificultades en torno a la delimitación de sus funciones, pues estas abarcan aquellas relacionadas con la promoción, prevención, cuidado y rehabilitación de la salud en la población(81).

6.1.1.3 “En el lugar de trabajo me piden que haga funciones que con mi formación como Técnico en Salud Pública no puedo hacer porque no son de salud pública”:

En este apartado, se presentan aquellas funciones que al interior de las IPS son demandadas a los Técnicos en Salud Pública, pero que desde las competencias formadas “no corresponden” a su perfil; sin embargo, ellos las asumen por temor a perder su empleo, o porque consideran tener la habilidad de aprender nuevas funciones con el fin de “mejorar su experiencia en salud”.

“La IPS, o las empresas donde uno está no conocen qué es salud pública, ni cuáles son las funciones de un Técnico en Salud Pública, entonces, lo ponen a uno “ah si usted es salud pública, ah, haga tal cosa” y eso no tiene nada que ver con lo que uno estudió, pero uno lo hace para ganar experiencia en algo diferente”. (TSP 3)

Algunas de las funciones demandadas por los empleadores se relacionan con funciones del nivel técnico laboral pero que corresponden con perfiles de formación diferentes a salud pública tales como enfermería, farmacia o administración en salud. Así lo identifican algunos participantes:

“Tuve que aprender a manejar la agenda, por ejemplo, de planificación familiar, a veces tenía que asignarle citas a las usuarias y dejarlas cargadas en el sistema”. (TSP 2)

“A la IPS de Candelaria se le están acabando los medicamentos o los implantes, entonces, ellos me mandan el reporte y yo tengo que estar pendiente para abastecerlos: Aunque eso lo deberían hacer los de la farmacia...”. (TSP 5)

“Mi trabajo, también, es revisar esas tutelas y verificar si son correctas o no mirando la historia clínica y la atención médica que le han dado al paciente, para darle una solución al caso y tomar correctivos”. (TSP 9)

“Me tocaba autorizaciones. Autorizar todo lo que eran medicamentos y procedimientos pero era sólo en las mañanas que yo apoyaba el proceso de auditoría con los pacientes que estaban en hospitalización”. (TSP 8)

La principal causa referida por los técnicos para justificar esta dinámica laboral, es el desconocimiento que el mundo laboral tiene de las competencias formadas y de las funciones que puede apoyar el perfil auxiliar de salud pública. Esta situación la perciben los participantes incluso desde la etapa práctica previa a la certificación como técnicos auxiliares y trasciende en muchas ocasiones a su contexto como trabajadores según lo expresado por el siguiente participante:

“Un Técnico en Salud Pública y eso ¿Qué es?, ¿Para qué te envían acá?”. No conocían nada. Me enviaron a un grupo de auditoría que no conocía nada de salud pública y cuando comencé a rotar por los servicios, pues peor, porque cuando llegaba era como... “¿Y esa niña qué?” O sea, no sabían para qué me habían enviado ahí. Cuando vi que me colocaron sólo a archivar las historias clínicas, yo dije “Para esto no estudié”. Entonces tuve que informarle a la profesora y ella fue a hablar con el jefe”. (TSP 6)

Percibir estas situaciones, genera en los técnicos temor al fracaso y angustia, pues deben desenvolverse en un medio laboral que no conoce su perfil y los “presiona” para el cumplimiento de metas y tiempos que son indicadores de la gestión en las instituciones, como lo indica un participante:

“Yo le pasaba el reporte de las tutelas al jefe, porque él no lo hacía. Es más, muchas veces ni lo leía y gracias a Dios nunca hubo una no conformidad. Ese informe lo hacía era yo. Aunque sabía qué esa era competencia de él, pero tal vez él tenía más cosas y más trabajo, entonces, esa tarea o esa función me la delegada a mí para que pudiéramos entregar a tiempo los reportes”. (TSP 9)

Adicionalmente, según refieren los participantes, los jefes de área son conscientes de la necesidad de realizar acompañamiento permanente para el logro las funciones que los técnicos desconocen, por lo tanto crean espacios para dar acompañamiento y capacitar en temas relacionados con su ejecución.

“No tenía idea de cómo se hacía eso, pero la jefe me puso a trabajar 15 días con la auxiliar que iba a reemplazar para aprender mejor y poder hacer bien las cosas”. (TSP8)

Se podría decir con relación a las funciones ejecutadas por los Técnicos Auxiliares en Salud Pública, que estas guardan coherencia con la formación recibida en las instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano; sin embargo, existe la dificultad por parte de las IPS, para identificar las funciones en relación con el perfil, lo que se podría convertir en una dificultad para realizar la rectoría del talento humano en salud pública.

6.1.2 Tema 2: Desafíos emergentes en la cotidianidad del técnico en Salud Pública

Este tema central se presenta con los resultados de tres temas potenciales denominados “Me piden más del técnico que soy”, “lo que el técnico hace según

sus creencias de salud pública, pero que corresponden a competencias de otros perfiles en salud” y, “lo que tengo que hacer para posicionarme en el mundo laboral”.

6.1.2.1- “Me piden más del técnico que soy”

Una vez el técnico en Salud Pública ejecuta las funciones para las que fue formado y se identifican las fortalezas de su perfil en el campo laboral, hay una tendencia a extralimitar las funciones de carácter técnico, según refieren los participantes, esto se puede presentar por tres motivos, uno de ellos es por exceso de carga laboral de quienes son jefes inmediatos o tienen a cargo áreas relacionadas con salud pública o también porque no existen límites claramente definidos para que los técnicos realicen las funciones según el alcance de su perfil. Así lo indicaron algunos participantes:

“Antes de que yo llegara las notificaciones al sistema las hacía mi jefe inmediato, que es el epidemiólogo, pero cuando yo llegué, esa responsabilidad, toda me la pasaron a mí.” (TSP2)

“La jefe tiene a cargo lo de infecciones, vigilancia epidemiológica y estadísticas vitales pero como son tres cargos para una sola persona, entonces, hay ciertas responsabilidades que caen sobre mí, entonces yo comencé a trabajar con el usuario de ella, ella me explicó, así como brevemente lo que se hacía, y empecé con una base de datos de lo que es estadísticas vitales”. (TSP1)

Ante este tipo de situaciones, es frecuente que los técnicos pasen por momentos de tensión y desmotivación ya que ellos a diferencia de sus empleadores, tiene claras sus funciones y los tiempos para ejecutarlas. Algunos participantes

manifestaron sentir que su esfuerzo “nunca es suficiente” y que los “utilizan” para cubrir necesidades de las instituciones a fin de economizar talento humano, sin ningún tipo de contraprestación económica o de reconocimiento laboral. Así lo indicaron los siguientes participantes:

“Cuando se presentaban muestras para llevar al laboratorio departamental se suponía que la persona responsable de hacerlo era el jefe, y el jefe se podía ir y a mí me tocaba irme y llevarlo, prácticamente eso me lo fue dejando a mí sola”. (TSP 5)

“Pues muchas veces termina uno haciendo cosas que no son como de la competencia de uno y termina uno frustrándose en su trabajo porque hace cosas que no pensaba que tenía que hacer”.(TSP 4)

Esto se contrasta con lo referenciado por otros participantes, los cuales se sienten “cómodos” con las funciones que según su percepción sobrepasan su perfil y lo consideran una “fortaleza”, pues esto les crea una condición para ser imprescindibles en las instituciones donde laboran y ganarse así el “respeto” del personal interdisciplinario que les rodea, a tal punto de llegar a ocupar cargos de tipo administrativo y de coordinación o de convertirse en referentes para “otros compañeros” que trabajan en otras instituciones. Llama la atención que reconocen para dichas funciones, el liderazgo de trabajadores con formación profesional, pero consideran que el respaldo de los jefes sumado con las habilidades y adaptación de su perfil técnico, son suficientes para lograr un excelente desempeño de tal manera que con el tiempo suplan la necesidad de un profesional en el área, como lo manifiestan algunos participantes:

“Yo me considero un gran soporte, sí cuando mis superiores se dieron cuenta, ellos me dijeron que pues: “¿Cómo me iba a ir? , si usted se va, deja un hueco grande en la institución porque desde que uno llega por ejemplo : “llegué de urgencias”, dicen “ay no, llegaste en el momento justo, indicado, te necesitamos para esto, necesitamos esto, tengo un caso tal”, y yo: “ah bueno si tienes este caso tienes que hacer: esto, y esto muchas veces los mismos médicos del servicio son los que me consultan, porque no saben qué hacer con los pacientes, si reportar o no”. (TSP 1)

“Yo a veces estoy es encima de mi jefe: “jefe, tenemos que hacer tal cosa, jefe estar pendiente de esto, jefe se va a vencer el tiempo para ajustar este evento o tenemos estas mortalidades para ajustar, o por revisar, hay que hacer estas citaciones, hay que hacer esta capacitación, a mí la jefe prácticamente me hace caso en lo que le digo y vamos al día”. (TSP 8)

Algo que también llama la atención es que se busca en el personal técnico de Salud Pública, un apoyo administrativo para realizar orientación a nuevos egresados, no solo de su mismo perfil, sino también entrenamiento en puesto de trabajo, a técnicos de otras áreas, pues se les reconoce como talento humano capaz de desarrollar dichas funciones, así lo referenció uno de los participantes:

“A mí lo que más me lleno de satisfacción fue que también tuve a mi cargo aprendices de práctica hasta que duró el convenio y pues eso me hacía feliz, porque digamos que les decía qué era lo que yo hacía y como lo hacía, me sentía muy bien haciendo estos procesos porque uno aprende mucho y la idea de que ellos aprendan también, es muy enriquecedora”. (TSP 4)

“En los últimos meses han comenzado a llegar nuevos practicantes y la inducción de ellos prácticamente la hago yo, luego el jefe es el que los organiza con quien van a hacer las practicas, porque algunos son administrativos”.(TSP 9)

Aunque lo descrito pareciera un apoyo o la evidencia de un trabajo en equipo coherente, los técnicos en Salud Pública desconocen el alcance de otras formaciones en salud y se arriesgan a reproducir en los que consideran “su personal a cargo”, la extralimitación de tareas o funciones.

“ Cuando yo tengo a mis niñas aquí, pues yo las recibo, les hago la inducción y me las llevo al recorrido por la clínica, aunque no son de salud pública, yo les enseño: “Mire, esta es la historia clínica, les muestro lo de vigilancia y cosas así”. (TSP 6)

Este tema deja ver la necesidad de identificar y limitar las funciones técnicas dentro del mundo laboral en Salud Pública, dado que al ser considerados un talento humano de apoyo para los profesionales formados en esta área de salud, fácilmente se le delegan funciones importantes como la toma de decisiones, la organización de los servicios y la inducción de nuevo personal, las cuales deberían ser de directa responsabilidad para los profesionales que lideran acciones en Salud Pública.

El tener que asumir funciones para las que los técnicos no han sido formados denota un riesgo para la salud pública, pues la población es intervenida por personal no competente que en un futuro podría minimizar el actuar de profesionales con formación en Salud Pública.

6.1.2.2- Lo que el técnico hace según sus creencias de salud pública, pero que corresponden a competencias de otros perfiles en salud.

Los técnicos con frecuencia ejecutan funciones que van más allá de su perfil y algunos consideran que a pesar del poco conocimiento para la ejecución de las mismas, deben asumirlas ya que son demandadas como resultado de acciones en salud pública. Tal es el caso de las funciones asignadas para el trámite de tutelas derivadas del manejo inadecuado de protocolos en salud pública, las cuales demanda al auxiliar un nivel de responsabilidad mayor y desconoce el rol de otros perfiles laborales en salud cuya intervención podría responder de manera más asertiva a lo requerido. Un participante refiere al respecto:

“(Yo no tenía) ni idea de lo que era tramitar las tutelas, sabía que el proceso como tal existe, pero no sabía cómo se respondían ni lo que tocaba hacer para solucionarlo, como las tutelas las ponen los usuarios porque se hizo un mal manejo de alguna enfermedad de interés en salud pública, pues las remiten a mi área y tenemos que responder”(TSP 9).

La situación es similar para algunos técnicos a quienes les asignan funciones relacionadas con el entrenamiento de nuevo personal que llega como “apoyo” al área de trabajo en salud pública, según lo manifiesta otro participante:

“En la clínica me pusieron a trabajar con una técnica de administración en salud, pero fue difícil trabajar con ella, porque el enfoque es diferente, no entendía muchas cosas por ejemplo para auditar lo relacionado con la estancia hospitalaria, se debe conocer la clasificación por etapas de una enfermedad; a ella (la técnica administrativa), no la forman para eso y se me represaba el trabajo porque me tocaba volver a revisarlo y luego hacer la estadística de ocupación de camas en la clínica” (TSP 1).

Lo expuesto particularmente por los dos participantes, podría explicar una de las razones que motiva a que los técnicos auxiliares en salud pública realicen funciones que superan su perfil, pues al no tener claro el campo de acción de la salud pública y su articulación como técnicos auxiliares, se va a afectar la participación de profesionales o técnicos de otras áreas o perfiles.

6.1.2.3 “Lo que tengo que hacer para posicionarme en el mundo laboral”.

Este tema pretende resaltar, el proceso que viven los técnicos en Salud Pública una vez egresan de las instituciones formadoras y emprenden la búsqueda de empleo según la oferta del sector productivo. Se logró identificar con claridad, una relación inversa entre la cohorte de egreso y la oportunidad laboral, pues entre más antigua es la cohorte, más difícil es la contratación.

Según los participantes, a medida que el programa de formación se ha divulgado con el paso de los años, las IPS han abierto sus puertas y dan la oportunidad para que egresados de dicho programa se vinculen ya sea a su planta de personal o que dicha vinculación se establezca por medio de cooperativas de trabajo asociado. Más de la mitad de los participantes pertenecientes a las cohortes más recientes 2017 y 2018, continúan laborando con la empresa en la que iniciaron su desarrollo laboral (Tabla 7) y refieren conocer un número considerable de compañeros que se encuentran vinculados de igual manera al sector.

“Me siento una persona bendecida porque a diferencia de algunos compañeros, yo pude continuar en esta empresa y ya llevo mi tiempo ganado de experiencia”. (TSP 9)

“Aunque son pocas las vacantes que se encuentran, yo creo que apenas se está conociendo el técnico en salud pública y por eso las empresas que lo patrocinan a uno cuando ya conocen el trabajo que uno hace lo contratan, por ejemplo en las prácticas éramos 3 personas y cuando nos certificamos nos dejaron trabajando a los tres”. (TSP 8)

Situación diferente referencian los egresados de las cohortes 2015 y 2016, quienes relacionan su acceso y permanencia en las IPS, gracias a que cuentan con una doble titulación y han sido contratados bajo el perfil de “auxiliares de enfermería con experiencia en Salud Pública”. Manifiestan que durante la formación y su incursión en el mundo del trabajo, identificaron un desconocimiento de las IPS, frente al perfil técnico en Salud Pública y por ende una escasa oferta laboral, de tal manera que aquellos que solo ostentaban título técnico en Salud Pública, tuvieron que replantear su formación y tomar la decisión de realizar estudios adicionales en enfermería, que les permitiera garantizar un aumento en la probabilidad de conseguir empleo.

“ En mi caso he conseguido el trabajo por ser Auxiliar de Enfermería. Y ya cuando ven tu hoja de vida después dicen: “Ah, pero trae como otro estudio” Pero literal es por ser Auxiliar de Enfermería, no conocen al técnico en Salud Pública”(TSP 6).

Según manifiestan los participantes, las instituciones formadoras en los últimos años se han preocupado por fortalecer el perfil de sus egresados mediante estrategias de tipo comercial, realizando la oferta del programa en las instituciones de salud, específicamente aquellas de baja y mediana complejidad, de tal manera que los técnicos contratados por estas empresas, perciben el compromiso de los formadores, así como el interés por fortalecer convenios con el sector laboral; sin embargo aún los egresados refieren que se debe continuar con el ejercicio de lograr reconocimiento del perfil en el sector, pues de no hacerse, se corre el riesgo de un retroceso no solo en los procesos de Salud Pública al interior de las instituciones

prestadoras de servicios, sino también en las instituciones formadoras de este talento humano, toda vez que se disminuyen los campos de práctica y la demanda de este tipo de oferta educativa.

“ Se debería hacer lo que se hizo en las instituciones, en las que estuvimos, digamos como contactarlas y como socializarle “vea, tenemos estos estudiantes de Salud Pública, el objetivo de ellos es este, sus funciones son estas, ¿tiene usted alguna posibilidad de que ellos le den apoyo en algo?”, cosas así, como para que ellos vayan conociendo qué hace un técnico en Salud Pública” (TSP 10).

“Es muy triste que se desperdicie el talento humano, conozco varios compañeros que estuvieron conmigo, que terminaron sus prácticas y ahí quedaron estancados porque no pudieron continuar, no encuentran lugar para trabajar, no hay vacantes”(TSP 7).

También es importante reconocer, de qué manera los egresados gestionan la búsqueda de vacantes laborales en Salud Pública y como los empleadores identifican o describen los perfiles requeridos en esta área.

Los participantes como primera opción, referencian que la búsqueda de empleo la realizan a través de las bolsas de empleo virtuales; insisten en mencionar que el principal obstáculo presentado, es el no encontrar de manera exclusiva vacantes cuyo filtro de formación corresponda al “Técnico en Salud Pública”.

“Uno se pone a buscar, por internet una oferta, que diga “se necesita técnico en Salud Pública”, la verdad yo nunca encontré y creo que mis compañeras tampoco. Sí algo se encontraba decía, que necesitaban “Auxiliar” que tenga conocimiento en Salud Pública o Auxiliar de Enfermería con conocimientos

en Sivigila, o cosas así, pero como tal una oferta de empleo de Salud Pública, no recuerdo”(TSP 3).

“Digamos, que en este momento, del grupo que salimos, que fueron como veinti algo, y actualmente solo estamos trabajamos que sepa, como 7 personas, hubo como 3 compañeros que sé que ni siquiera pudieron tener su primer contrato laboral”(TSP 1).

Por el contrario, es altamente demandante, el perfil de “auxiliar de enfermería con conocimientos en Salud Pública”, o de personal administrativo con conocimiento en el manejo de bases de datos en salud.

“El gran problema, es que desconocen las aptitudes que tiene un técnico en salud pública que digamos yo pensaría que el enfoque es un poco más en la sistematización de la información” (TSP4).

“Cuando contrataron a la niña de administrativo, realmente yo le di toda la capacitación porque por ejemplo ella no sabía lo relacionado con los protocolos de enfermedades de notificación, ni como se deben analizar las fichas para reportar en el sistema, entonces uno se da cuenta que no todo el mundo debe trabajar en esto, para eso estamos los técnicos en Salud Pública, pero poco nos conocen” (TSP1).

Finalmente al no encontrar de manera virtual vacantes que se ajusten a su perfil, optan por presentar sus hojas de vida directamente de manera presencial, en las entidades de salud o en los entes territoriales como Secretaría de Salud Municipal o Departamental, y precisamente es en estas instituciones en donde se “convencen” de la dificultad para incursionar al mundo laboral, pues se les solicita referentes políticos para poder ser contratados.

“Obtuve el certificado, pues, uno piensa ir a buscar trabajo en eso. Entonces uno iba a la secretaría de Salud y todo eso, dijeron que uno para trabajar en la secretaría de salud, exactamente Salud Pública, tenía que ser por medio de un político, porque sin un “padrino” de política, no iba a entrar”(TSP 5).

“Hablando con los compañeros, algunos llegaban a la conclusión de que en Salud Publica se mueve mucha política para poder trabajar, lástima, porque contratan a gente que no tiene ni idea que es lo que se debe hacer”(TSP10).

Hasta ahora, lo descrito en este apartado permite identificar la poca coherencia entre la oferta laboral para el técnico en Salud Pública, el reconocimiento que las IPS tienen frente al perfil formado y la oferta de formación laboral, de tal manera que el técnico en Salud Pública se forma para dar una respuesta a necesidades en el sector productivo, pero este último, no logra identificar en el perfil formado a una fuerza de trabajo que apoya el accionar de la Salud Pública y esto se refleja en la baja apertura de vacantes laborales que le permitan a los técnicos en Salud Pública incursionar en el mercado laboral.

Otro hallazgo relevante en este tema tiene que ver con la necesidad que identifican los técnicos una vez inmersos en el mundo laboral, de mantenerse actualizados y fortalecer algunas competencias de tipo técnico en su perfil, de las que perciben “aún falta mejorar”. Se puede decir que, son conscientes de sus propias deficiencias y buscan mecanismos que les permita superar dicha carencia; sin embargo, existen factores de tipo externo como el manejo de los tiempos y la dinámica cotidiana de las áreas de trabajo, que no les permite recibir la formación que esperan.

“Uno recibe lo básico, lo general, las instructoras se preocupan porque uno aprenda lo más que se pueda, pero eso no es todo, cuando ya está en el área de trabajo se tiene que profundizar el problema, es que no tengo el tiempo” (TSP 7).

“En los eventos en salud pública muchas veces no conocemos qué se hace en tal caso, cuando se estudia en la formación, lo pasamos por alto o lo vimos muy rápido, yo sí llegué con esa debilidad, ese vacío al mundo laboral y me ha costado poder estar al día” (TSP 1).

Actualmente la sistematización de la información en salud, las herramientas para el análisis de datos y el seguimiento a los usuarios y comunidades, exigen en los egresados de Salud Pública, como bien ellos lo referencian, una constante actualización en el campo de la tecnología, la estadística y la ofimática.

“Se debe dar un énfasis grande en el manejo de tics enfocado en Excel, porque eso yo creo que en todas partes lo que están pidiendo las IPS” (TSP2).

También consideran que una formación cuya metodología sea teórico-práctica, les permite mayor apropiación del aprendizaje y tener mejor entrenamiento frente a el manejo de problemas reales.

“Tener énfasis en el área epidemiológica, cuáles son los comportamientos de las enfermedades de interés en salud pública aquí en Cali y trabajar no tanta teoría, sino más bien con casos prácticos” (TSP 6).

Los participantes también reflexionaron frente a la posibilidad de continuar con la cadena de formación en Salud Pública, algunos mostraron un gran interés por acceder a la formación tecnológica o profesional pues no solo mejoraría su perfil y experiencia, sino también su calidad de vida, otros consideran que con su perfil actual es suficiente.

“Estaba esperando y buscando postularme para hacer un tecnólogo pero lastimosamente el Sena no cuenta con tecnólogo en salud pública solamente el técnico. No quedarse uno solo como un auxiliar sino que uno pueda dar más opiniones y cómo tener un rango más elevado”(TSP 8).

“Por ahora no me llama la atención hacer otro estudio, lo que quiero es profundizar en cosas que me ayuden a hacer mejor mi trabajo como lo que tiene que ver con vigilancia” (TSP1).

Como conclusión de este tema, se enlistan sin orden preferente (Tabla 10) los principales temas o áreas en las que los técnicos en Salud Pública consideran que se debe enfocar la oferta de formación continua, a fin de generar “valor” a su perfil y por ende, mantenerse vigentes ante las demandas del actual mundo laboral.

TABLA 10 PROPUESTAS DE FORMACIÓN CONTINUA.

| <i>Temas propuestos por los técnicos en Salud Pública par su formación continua</i> | |
|--|---|
| 1 | Profundización en protocolos de vigilancia en Salud Pública |
| 2 | Manejo de programas informáticos para estadística. |
| 3 | Uso del aplicativo SIVIGILA. |
| 4 | Análisis de situación en salud regional. |
| 5 | Normatividad del sistema de seguridad social en salud. |

Fuente: Referencia de los participantes.

Los temas mencionados en la tabla anterior, dan cuenta del interés que los auxiliares en salud pública tienen por seguir fortaleciendo las funciones de tipo administrativo realizadas en las IPS, más que por reforzar temas de abordaje comunitario.

6.2. Componente 2: Lo que se esperaría en el quehacer de los técnicos auxiliares en salud pública para articularse al MAITE.

A continuación, se describen los resultados de la ronda de consulta a expertos, la cual se realizó con el objetivo de identificar la relación entre las funciones realizadas por los técnicos en salud pública y las demandas propuestas en el modelo MAITE.

Según los expertos las funciones desarrolladas por los Técnicos en Salud Pública en las IPS se corresponde con lo que se esperaría que un técnico de este nivel de formación haga en el campo de la educación para la salud, según el modelo MAITE.

Por otra parte, según los expertos consultados, aquellas funciones que los Técnicos en Salud Pública ejecutan en las IPS , tales como: “auditar historias clínicas”, “analizar bases de datos”, “crear bases de datos” y “autorizar medicamentos y/o procedimientos”, no deberían ser ejecutadas por los técnicos, ya que no tienen formación para asumir esta responsabilidad, ni son contempladas en los lineamientos del modelo MAITE.

A su vez, frente a las funciones relacionadas con la atención individual en servicios específicos del Programa Ampliado de Inmunización o del programa de Enfermedades Transmisibles, los cuales implican supervisión de tratamientos farmacológicos, los expertos consideraron que estos podrían ejecutarse por los técnicos, siempre y cuando realicen reentrenamiento específico; esto debido a que, según los expertos, estos programas son sensibles a generar eventos adversos con consecuencias algunas veces irreversibles en el estado de salud de las personas.

Finalmente, los expertos identificaron las funciones que en el marco del modelo MAITE deberían ejecutar los auxiliares en salud pública: 1. Apoyo a la caracterización de territorios; 2. Mapeo de enfermedades de interés en salud pública; 3. Socialización a usuarios sobre deberes y derechos en salud; 4. Fortalecimiento de la participación social (ejemplo, grupos gestores) y; 5. Acompañamiento a grupos de pacientes. Adicionalmente, los expertos consideraron que según los lineamientos del modelo de acción territorial integral MAITE y las estrategias que dan soporte al mismo, los técnicos en salud pública deberían contribuir a fortalecer las acciones colectivas y participar en los equipos interdisciplinarios de atención familiar. Lo anterior, sin desconocer el apoyo que estos deberían seguir haciendo a los programas de promoción, prevención y vigilancia en salud pública.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de este estudio fue identificar las funciones que realizan los Técnicos Auxiliares en Salud Pública en las IPS de la ciudad de Cali y las posibilidades de articular dichas funciones con el Modelo de Acción Territorial (MAITE). Los resultados de esta investigación muestran que la fuerza de trabajo técnica auxiliar en salud pública, ejerce funciones en su mayoría relacionadas con la formación técnica recibida; sin embargo, también realiza funciones para los cuales no han sido preparados, pero que son demandadas en su lugares de trabajo. Lo anterior podría estar mostrando un desconocimiento de las IPS sobre el perfil del auxiliar en salud pública y, a su vez, incidir en la falta de oferta laboral, la claridad y pertinencia en la asignación de las funciones laborales para esta fuerza de trabajo.

Adicionalmente, los resultados mostraron que el actuar del técnico en salud pública en IPS de Cali gira en torno a áreas administrativas y mayormente se desempeñan en el área de vigilancia en salud pública.

Según los expertos consultados, los Técnicos Auxiliares en Salud Pública realizan funciones que son coherentes con su perfil, también ejecutan funciones que no se relacionan con su nivel de formación y adicionalmente proponen aquellas que los auxiliares deberían apoyar según el MAITE.

En conclusión, las funciones desempeñadas por los técnicos en salud pública en las IPS de Cali no se enfocan en el ámbito comunitario ni participan en equipos multidisciplinarios en salud, lo cual no es coherente con lo propuesto en el modelo de salud MAITE que tiene como estrategia transversal la APS a través de la atención en salud familiar y colectiva.

En este apartado de discusión se hará énfasis en dos asuntos. El primer asunto es la relación entre la formación del técnico laboral en salud pública y las funciones que realiza en las IPS. El segundo asunto está en torno a las posibilidades de articular el quehacer del auxiliar en salud pública con los objetivos que plantea el MAITE según la línea para el talento humano en salud.

En relación con la formación del talento humano en salud pública, Suarez et al (2013), identificaron un marco de competencias esenciales para las Américas adoptado por la Organización Panamericana de Salud (OPS), el cual incluye competencias relacionadas con: 1. Análisis de situación de salud (interpretación de estadísticas en salud pública, caracterización de la población e intersectorialidad); 2. Vigilancia y control de riesgos (seguimiento al riesgo, vigilancia y reporte en salud pública) y; 3. Promoción de la salud (participación social, empoderamiento, ejecución y acciones de promoción de la salud, educación comunitaria) (32). Aunque los autores no discriminan cuales competencias son específicas para cada perfil formado en salud pública, se puede inferir que en su mayoría son coherentes con las competencias de los programas de formación referenciadas por los participantes de esta investigación y que se evidencian en la TABLA 8 de este documento.

En este sentido, Herrera (2007) propone que las competencias de formación para los programas educativos, deben abarcar las esferas del *saber*, relacionadas con la adquisición de conocimientos técnicos y específicos, las actitudes o *saber ser* que se relacionan con habilidades para la vida y por último, las aptitudes o *saber hacer*, las cuales hacen parte de la ejecución de funciones (82). Al respecto, los resultados de este estudio evidenciaron que los técnicos ejecutan funciones acopladas a conocimientos específicos de salud pública y se identificaron de manera general, algunas habilidades del ser, consideradas por los técnicos en salud pública como necesarias para el logro de sus funciones.

Por otra parte, en Colombia no hay literatura que identifique la formación dada a los técnicos auxiliares en salud pública y su correlación con las funciones ejecutadas al

interior de las instituciones de salud; sin embargo, países como Brasil documentan la experiencia del perfil “Agente comunitario en salud (ACS)”, el cual fue reglamentado por el Ministerio de Salud y cuyas funciones se destacan por el ejercicio de acciones relacionadas con la prevención de enfermedades y promoción de la salud, según los lineamientos del Sistema Único de Salud, bajo la supervisión de un gestor local (65).

De manera similar en Colombia se creó la formación técnica en salud pública como respuesta al requerimiento que el Ministerio de Salud y Protección Social (2005) hizo para la identificación de los perfiles ocupacionales de tipo auxiliar en el área de salud. El perfil auxiliar en salud pública se direcciona bajo la formación por competencias que les permiten ejecutar funciones en torno a la educación para la prevención de enfermedades, promoción de la salud, vigilancia en salud pública, atención de emergencias y desastres (10); sin embargo, los técnicos en salud pública en las IPS de cali ejecutan funciones predominantemente en el campo administrativo, lo que refleja de manera parcial incoherencia entre su quehacer y lo direccionado por el Ministerio para el perfil.

La diferencia entre la formación y las funciones del agente comunitario en salud en Brasil y el técnico auxiliar en salud pública en Colombia, radica en que el primero es seleccionado desde la comunidad a la que pertenece; por lo tanto, las acciones que realiza da respuesta a la responsabilidad que este actor tiene con su comunidad, por ejemplo, se forma para la utilización de instrumentos con fin de realizar el diagnóstico demográfico y sociocultural de su comunidad, además debe promover la participación de la comunidad en las políticas públicas de salud y participar en acciones que fortalezcan los hilos entre el sector salud y otras políticas que promuevan la calidad de vida (83). Todo ello en coherencia con la estructura del Sistema Único de Salud (SUS).

Mientras tanto el técnico que se instruye en la ciudad de Cali, accede a la formación de manera voluntaria, mediante postulaciones virtuales que no implican la intervención de la comunidad; por lo tanto, las funciones que ejecutan no giran en torno a las necesidades de una población específica, sino al cumplimiento de funciones asignadas en las instituciones donde son contratados, bien sea entes territoriales, instituciones prestadoras de servicios de salud o las aseguradoras de salud.

Con respecto al quehacer del técnico, el estudio de Trape y Soares (2007) mostró que los agentes comunitarios en Brasil realizan funciones de multiplicadores de información a sus comunidades de forma repetitiva (praxis repetitiva) con el propósito de transformar la realidad y también ejercen acciones de liderazgo en la comunidad a la que pertenecen (84). De igual manera, Martínez et al (2015) refieren que los agentes sanitarios en Argentina, también llamados agentes de salud o agentes comunitarios de salud, además de realizar acciones de tipo educativo, también cumplen la función de controlar el estado general de salud en sus usuarios mediante la toma y seguimiento de signos vitales, de medidas antropométricas e identificación de cualquier alteración que se pueda presentar según las características de la población con la que trabajan; por lo tanto, son considerados como articuladores entre el sistema de salud y los usuarios especialmente aquellos con dificultad para acceder a los centros de salud u hospitales (85).

Lo anterior no corresponde con los resultados obtenidos en esta investigación, puesto que los técnicos auxiliares hacen parte del recurso humano en salud que ejecuta funciones de carácter operativo y administrativo en las IPS y poco trabajo de base comunitaria. Al respecto, Nigenda (2010) refiere que hay desigualdad en la distribución del recurso humano en salud, ya que hay mayor participación de profesionales de la salud en hospitales y centros de atención y pocos trabajando con comunidades (86).

Sin embargo, Azevedo y Whitaker (2004) resaltan que el trabajador de salud comunitario al tener un perfil ocupacional-social se convierte en el principal referente entre la institución de salud y la comunidad (87). A su vez, Trape y Soares (2007) concuerdan en que además de “ser el lleva y trae” de informaciones de la comunidad hacia los centros de salud y viceversa, los agentes comunitarios también “suplen las limitaciones de los servicios de salud” (84). Esta investigación mostro que los técnicos en los servicios de salud en Cali no hacen tampoco el papel de enlace (comunidad y servicios de salud) sino que sus funciones corresponden a una demandas predominantemente administrativas de las IPS.

Por otro lado, esta investigación muestra que las funciones desempeñadas por los técnicos auxiliares frente a los procesos de vigilancia en salud pública se enfocan en apoyar o liderar no solo la notificación y reporte al sistema de vigilancia SIVIGILA, sino también en realizar funciones que según los expertos consultados, deben ser lideradas y ejecutadas por profesionales. Al respecto, López et al (2009) identificaron que uno de los principales obstáculos en Colombia para avanzar en vigilancia en salud pública, tiene que ver con la poca claridad de los perfiles de formación que se exigen a los funcionarios en esta área, lo que conlleva a que la vigilancia en salud pública sea desempeñada por técnicos o profesionales del área de la salud o de otra área sin formación en el campo de salud pública o de epidemiología (88).

Adicionalmente, la investigación realizada por Rodriguez et al (2017) en Santander, demostró que los futuros egresados profesionales en salud y técnicos auxiliares en enfermería cuentan con débiles competencias en su formación para realizar funciones relacionadas con vigilancia en salud pública, dado que reciben una formación predominantemente hospitalaria y tienen pocas oportunidades de interactuar con profesionales de otras áreas y con la comunidad (89). Este estudio muestra que los técnicos auxiliares en salud pública son quienes en las IPS de Cali, realizan las acciones de vigilancia en salud pública; ello los convierte en

responsables del desarrollo y logro de indicadores de gestión en salud pública y así asumen el liderazgo de procesos que son competencia de otros perfiles técnicos y/o profesionales en salud.

Por otro lado, los técnicos deben asumir funciones para las que no fueron formados, restándole coherencia a sus funciones puntuales. Schubert y Neves (2010) mostraron que “la formación recibida por el agente comunitario en Brasil es insuficiente para desarrollar de manera óptima sus funciones específicas y como consecuencia, esto les lleva a sentirse responsables por situaciones que exceden su actuación” (83). En Argentina, el caso de los agentes sanitarios descrita por Draganchuk y Ruiz, es diferente, pues aunque la formación “es corta”, esta se orienta en definir específicamente las funciones que se espera desarrollen los agentes en las áreas de salud pública, tales como: educación para la salud, alimentación de sistemas de información y referencia de casos, lo que permite a este perfil ser reconocido dentro del sistema de salud como un “pilar fundamental” dada la especificidad de sus funciones (90); sin embargo los resultados de esta investigación evidenciaron al igual que en Brasil, que los técnicos en salud pública se enfrentan a responsabilidades que se salen de su capacidad de acción en las IPS, lo anterior justificado posiblemente por el desconocimiento que las instituciones de salud tienen del perfil y su alcance.

Aunque el contexto de salud para cada país es diferente, se puede concluir que los agentes sanitarios en Argentina y los agentes comunitarios de Brasil viven situaciones similares relacionadas con la ejecución de sus funciones, las cuales se realizan en entornos propiamente comunitarios; sin embargo en Cali-Colombia hay un contraste con las funciones realizadas por el perfil técnico auxiliar en salud pública, ya que su quehacer es asignado directamente por las IPS las cuales contratan este perfil para áreas administrativas relacionadas en su mayoría con salud pública, lo que reduce la interacción de esta fuerza de trabajo con la comunidad.

Como segundo aspecto es esta discusión, se aborda la no correspondencia entre las funciones ejecutadas por la fuerza de trabajo técnica laboral en salud pública y su integración con el modelo MAITE en Colombia, el cual integra como eje fundamental la estrategia de atención primaria en salud -APS (48).

Aunque las competencias formadas en el Técnico Auxiliar en Salud Pública corresponden a las directrices dadas por referentes nacionales e internacionales, los resultados de este estudio evidenciaron que en las IPS de primer nivel, las funciones ejecutadas por esta fuerza de trabajo, no son totalmente coherentes con el alcance que el MAITE da al talento humano en salud, pues este debería responder a las necesidades en salud de la población con una atención centrada en personas, familias y comunidades (48); esta situación se evidencia en el quehacer de los técnicos en salud pública, pues sus funciones predominantemente se centran en la vigilancia epidemiológica, la sistematización de información y la realización de reportes estadísticos en salud pública.

Los resultados de esta investigación son contrarios a lo que referencian Rey y Acosta (2013), quienes afirman que el personal de apoyo en salud pública cuyas funciones aportan al desarrollo de la estrategias comunitarias como APS, se deberían ejecutar directamente en los territorios, especialmente aquellos que conforman el área rural; adicionalmente el apoyo que esta fuerza de trabajo realiza, deberá centrarse en el seguimiento a individuos y familias a través de visitas domiciliarias, trabajo extramural con grupos vulnerables, apoyo para la ejecución de estrategias comunitarias en salud, demanda de servicios de promoción y prevención (91); competencias que según Holguín et al (2013), integran conocimientos, habilidades y destrezas para transcender de un enfoque tradicional centrado en los servicios, a un enfoque familiar y comunitario que nace del reconocimiento del territorio y las poblaciones con necesidades particulares y que permite desarrollar acciones integrales, efectivas y oportunas (91).

Por otra parte, los equipos multidisciplinarios en salud (EMS) propuestos desde la política de atención integral (PAIS), buscan mezclar perfiles técnicos, profesionales y especialistas según las características de la población a intervenir (6); sin embargo los resultados de esta investigación muestran, que en la ciudad de Cali no se vinculan auxiliares de salud pública a dichos equipos, posiblemente debido al desconocimiento que las IPS de esta región tienen frente al perfil y su alcance.

Lo anterior no corresponde a lo que se ha identificado para otros departamentos colombianos como Caldas o Cesar. El estudio realizado por Velez y Giraldo (2013), identificó los perfiles en salud que ejecutan la estrategia de APS con enfoque comunitario en zonas rurales de Caldas, como primera línea se encontraron las promotoras de salud o agentes en salud pública, luego a los técnicos auxiliares de enfermería y por último a los técnicos en saneamiento ambiental (93). Al respecto, Carrillo (2019) también identificó el perfil “Transformadores de la Salud” en Valledupar y aunque este perfil no se reconoce como parte de los auxiliares en salud, las funciones que dicho personal realiza son iguales a las que deberían ser ejecutadas por los auxiliares de salud pública en referencia a la intervención con las familias mediante las estrategias educativas en salud, el direccionamiento a los servicios en salud y la remisión oportuna de casos (94).

Es importante recordar que según el estudio realizado por el Ministerio de Salud, desde el 2007 se agruparon los perfiles de promotor de salud y agente comunitario en uno solo denominado Auxiliar en Salud Pública(10).

Según lo expuesto, se podría concluir que en algunos departamentos de Colombia se han realizado esfuerzos por incorporar en los equipos multidisciplinarios de salud a los auxiliares en salud pública, reconocidos como promotores de salud o agentes comunitarios, lo que podría fortalecer no solo la intervención comunitaria sino la relación de la población con los servicios de salud. Sin embargo en la ciudad de

Cali, los técnicos en salud pública, no participan de los EMS, lo que conllevaría a una posible pérdida de las habilidades que este perfil desarrolla en su formación para intervenir a las comunidades.

Si bien esta investigación permitió identificar la formación técnica laboral en salud pública desde un componente reducido a la ejecución de competencias técnicas relacionadas con el saber y el quehacer de los auxiliares en el contexto de las IPS, también abrió un panorama aún inexplorado en relación a las habilidades para la vida que según esta fuerza de trabajo en salud pública logran adquirir o fortalecer en la formación para su desarrollo humano integral.

9. APORTES DE LA INVESTIGACIÓN A LA SALUD PÚBLICA

Los resultados de esta investigación describen un panorama hasta ahora inexplorado en Colombia y aproxima a la identificación de las funciones realizadas por un perfil auxiliar poco conocido en el ámbito de la salud, además da respuesta a una de las necesidades formuladas desde el Plan Decenal de Salud Pública, que hace referencia al acompañamiento y fortalecimiento de las competencias para la fuerza de trabajo en salud pública (95).

La formación de técnicos auxiliares en salud pública y la identificación de sus funciones permitieron comprender la necesidad de articular este recurso humano con el modelo de salud colombiano MAITE y así fortalecer la atención en salud familiar y comunitaria que incide en los determinantes sociales de salud referidos por Marmot y Wilkinson 2003 (96).

Los aportes que esta investigación hace para la salud pública, se enmarcan en tres aspectos importantes:

1-) Identifica las funciones de un perfil auxiliar en salud pública poco reconocido en el sector salud y aporta a una primera caracterización del camino recorrido por esta fuerza de trabajo en la ciudad de Cali, por lo tanto contribuye a cerrar la brecha de conocimiento frente a:

1. El reconocimiento de la pertinencia de la formación técnica ofertada para el Auxiliar en Salud Pública;
2. El análisis de la coherencia entre lo formado y la ejecución de las funciones para este perfil en las IPS y;
3. La identificación acerca de la manera en que se podrían articular las funciones de esta fuerza de trabajo, con el modelo de acción territorial en salud MAITE.

Adicionalmente, esta investigación sustenta la necesidad que el técnico en salud pública tiene frente a la formación continua requerida según las funciones que realiza en las IPS y a su vez, vislumbra la posibilidad para que instituciones de formación para el trabajo y el desarrollo humano generen alianzas con el sector educativo formal las cuales les permitan a los auxiliares en salud pública, mejorar su formación y oportunidad laboral.

2-) Es prioritario que las instituciones de formación para el trabajo y el desarrollo humano, asuman un papel activo no solo en la rigurosidad de su formación, sino en el seguimiento a sus egresados, a fin de identificar de manera real y pertinente la dinámica del sector laboral que actualmente demanda un recurso humano sin tener claras las funciones que esta fuerza de trabajo desempeña en salud pública. Lo dará herramientas a las instituciones de formación, para tener mayor control frente a la oferta y demanda de la oferta de formación, pues según Román, Franco y Gordillo (2014), el seguimiento a egresados puede ofrecer elementos que permiten analizar las relaciones entre la educación, el trabajo y las necesidades sociales, por lo tanto el resultado da sustento para la toma de decisiones frente a reestructurar y actualizar los programas de estudio ofertados (97). Esto va a repercutir en la calidad de vida de los trabajadores auxiliares en salud pública, pues en la medida en que se reconoce y demanda el perfil formado, aumenta las posibilidades para acceder a un trabajo digno y equitativo.

3-) Por último, esta investigación invita a que los equipos encargados de la vinculación de talento humano en las instituciones prestadoras de servicios de salud, reestructuren sus nóminas de empleados de tal manera que puedan ser coherentes con los perfiles auxiliares creados como apoyo en salud y de esta manera se amplíe la oferta laboral que permita a los técnicos en salud pública participar en procesos de selección estrictos según su formación.

Según el estudio de Muñoz et al (2013) en 6 ciudades de Colombia, se evidencia la falta de criterios claros para surtir procesos de selección de talento humano y por lo tanto se derivan en la contratación de personas sin las competencias requeridas para ocupar cargos en salud pública y sin sentido de responsabilidad con las funciones asignadas, muchas veces el criterio fundamental para la contratación es el clientelismo y la afiliación a un partido político, dejando de lado las competencias en salud pública (98), tal y como algunos participantes los referenciaron en esta investigación.

10. LIMITACIONES EN LA INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones del presente estudio estuvo relacionada con los tiempo destinados para realizar la consulta a expertos, pues este es un ejercicio que debe tener claridad en su propósito y acompañarse de manera permanente. Las personas expertas que fueron consultadas, tenían a cargo ocupaciones directivas que se desconocían al momento de convocarlos y esto dificultó concretar en un momento determinado su participación.

La escasa literatura relacionada con el tema de investigación se convirtió en otra limitante que marcó su adelanto, pues los documentos consultados no evidenciaban directamente el comportamiento, prácticas o desarrollo de la fuerza de trabajo Técnica en Salud Pública, posiblemente porque este es un perfil poco conocido y explorado.

Algunas propuestas para investigaciones futuras incluyen indagar el conocimiento, percepción y experiencia de los empleadores (IPS), frente al desempeño de los técnicos laborales auxiliares en salud pública durante la ejecución de sus funciones, pues esta investigación centró sus objetivos en la identificación de funciones desde la participación exclusiva de los técnicos auxiliares.

De igual manera relevante promover investigaciones que exploren escenarios diferentes a las IPS, en los cuales puedan ejecutar funciones los técnicos en salud pública. De igual manera indagar de manera más precisa las competencias que el Auxiliar de Salud Pública desarrolla como ser, capaz de enfrentar las vulnerabilidades y conflictos cotidianos en la población.

Los resultados de esta investigación serán de interés por cuanto revelaron la necesidad de ampliar el análisis de las funciones desde una mirada más centrada

en el desarrollo de competencias o habilidades que permeabilicen el ser y permitan determinar la capacidad de este recurso humano para abordar problemáticas sociales que se visibilizan en los territorios y al mismo tiempo explorar en contextos diferentes a las IPS el aporte que el perfil auxiliar en salud pública hace desde su formación y funciones asignadas.

10. BIBLOGRAFIA

1. Organización Panamericana de Salud. Capacidades en Salud Pública en America Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento. [Internet]. 2007. Disponible en: https://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Capacidades_Salud_Publica_ALC-Evaluacion_Fortalecimiento.pdf
2. Carvajal R, Cabrera GA, Mateus JC. Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. Biomédica. junio de 2004;24:138-48.
3. Rigoli F, Rocha CF, Foster AA. Critical challenges for human resources in health: a regional view. Rev Lat Am Enfermagem. febrero de 2006;14(1):7-16.
4. Quintana B, E P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev Panam Salud Publica 812jul-Ago 2000 [Internet]. 2000 [citado 19 de mayo de 2019]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8797>
5. Ministerio de la Protección Social., Cendex. Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva.
6. Ministerio de la protección social. Política de atención integral en salud «Un sistema de salud al servicio de la gente» [Internet]. Resolución 429 de 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf
7. Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C, Castaño RA, et al. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. Rev Salud Pública. 1 de mayo de 2000;2(2):145-64.
8. Ayala Cerna C, Kroeger A. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. Cad Saúde Pública. diciembre de 2002;18:1771-81.
9. Rígoli F. Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública: modelos de formación y desarrollo curricular. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 19 de mayo de 2019];22(99). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=12021905>
10. Social CM de la P, Matallana MA. Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para auxiliares en las áreas de la salud. Pontificia Universidad Javeriana; 2005. 412 p.
11. Bustos BCV. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Aquichan [Internet]. 2003 [citado 19 de mayo de 2019];3(1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/42>
12. Blasco Blasco M, Atenza Fernández J. Ampliando la profesionalización de la salud pública: la formación especializada multiprofesional. Gac Sanit. abril de 2015;29(2):81-3.
13. Cardona A, G AF. La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica | Cardona | Facultad Nacional de Salud Pública. [citado 19 de mayo de 2019]; Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/511>

14. Nigenda G, Alcalde-Rabanal J, González-Robledo LM, Serván-Mori E, García-Saiso S, Lozano R. Eficiencia de los recursos humanos en salud: una aproximación a su análisis en México. *Salud Pública México*. octubre de 2016;58:533-42.
15. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Talento Humano en Salud. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
16. Pan American Health Organization. Health in the Americas+: Summary: Regional Outlook and Country Profiles. Pan American Health Organization; 2017.
17. Ley 119 de 1994.pdf [Internet]. [citado 19 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://agenciapublicadeempleo.sena.edu.co/Normatividad/Ley%20119%20de%201994.pdf>
18. Coronado F, Polite M, Glynn MK, Massoudi MS, Sohani MM, Koo D. Characterization of the Federal Workforce at the Centers for Disease Control and Prevention. *J Public Health Manag Pract*. agosto de 2014;20(4):432.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Public Health's Infrastructure: A Status Report. 2002; Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11337/>
20. Enrique Hernández Guerson, Alejandro Escobar Mesa, Elsa Sartí Gutierrez. La fuerza de trabajo en salud pública. Prueba piloto. Veracruz – México. *Salud Comunidad*. septiembre de 2008;4.
21. Jambroes M, van Honschooten R, Doosje J, Stronks K, Essink-Bot ML. How to characterize the public health workforce based on essential public health operations? environmental public health workers in the Netherlands as an example. *BMC Public Health*. 6 de agosto de 2015;15(1):750.
22. articles-157089_archivo_pdf_NTC_5581.pdf [Internet]. [citado 19 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-157089_archivo_pdf_NTC_5581.pdf
23. ICONTEC. Norma Técnica Colombiana 5581. Programas de formación para el trabajo. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación; 2007.
24. Giovanella L, Almeida PF de, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde Em Debate*. junio de 2015;39:300-22.
25. Rosenstock L, Silver GB, Helsing K, Evashwick C, Katz R, Klag M, et al. On Linkages: Confronting the Public Health Workforce Crisis: ASPH Statement on the Public Health Workforce. *Public Health Rep*. 1 de mayo de 2008;123(3):395-8.
26. Romaní-Romaní F, Curisínche-Rojas M, Arteaga NR, Lopez PR, Cabezas C. Experiencia intersectorial para reducir la brecha del recurso humano en salud pública a nivel técnico operativo en miembros del Servicio Militar Voluntario del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. diciembre de 2016;33:811-8.
27. Molina Marín G, Oquendo Lozano T, Rodríguez Garzón S, Montoya Gomez N, Vesga Gomez C, Lagos Campos N, et al. Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014. *Gerenc Política Salud*. junio de 2016;15:108-25.
28. Luis Carlos Ortiz Monsalve, Hernando Cubides Zambrano. Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema

General de Seguridad Social en Salud. Documento de trabajo. [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2012. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Caracterizaci%C3%B3nLaboralTHS.pdf>

29. Luis Carlos Ortiz Monsalve, José Hernando Cubides, Diego Antonio Restrepo Miranda. Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud. Monit Estretético [Internet]. diciembre de 2013;4. Disponible en:
<http://iets.org.co/sala-de-prensa/Articulos%20Especiales/EVIDENCIA%20CIENT%3%8DFICA%20%E2%80%93%20REVISTA%20MONITOR.pdf#page=64>
30. OPS. Estrategias para desarrollar las competencias para la salud pública en la fuerza de trabajo: basadas en políticas actuales y en evidencias. Peru: OPS (Organización Panamericana de la Salud); 2007.
31. OPS/OMS México - Llamado a la acción de Toronto. 2006-2015: Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas [Internet]. [citado 19 de mayo de 2019]. Disponible en:
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&slug=llamado-a-la-accion-de-toronto-2006-2015-hacia-una-decada-de-recursos-humanos-en-salud-para-las-americas&layout=default&alias=561-llamado-a-la-accion-de-toronto-2006-2015-hacia-una-decada-de-recursos-humanos-en-salud-para-las-americas&category_slug=documentos-ops-y-oms&Itemid=493
32. Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez JF, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Rev Panam Salud Pública. julio de 2013;34:47-53.
33. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. 4 de diciembre de 2010;376(9756):1923-58.
34. Vidal Ledo M, Fuentes Gil Z. Modelo educativo para la formación de recursos humanos de la salud pública cubana en la gestión de información en salud. Educ Médica Super. marzo de 2009;23(1):0-0.
35. Perea S, Syr R. Los procesos formativos, la competencia profesional y el desempeño laboral en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. Educ Médica Super. junio de 2012;26(2):163-5.
36. Saturno-Hernández PJ, Hernández-Avila M, Magaña-Valladares L, García-Saisó S, Vertiz-Ramírez J de J. Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. Salud Pública México. junio de 2015;57:275-83.
37. Montes MA, González RR, Bedoya JFB, Castro LIG. Aprender a Aprender en un modelo de competencias laborales. Zona Próxima. (25):1-21.
38. Villegas NAC, de de M. CARACTERIZACION DE LOS ESCENARIOS DE FORMACIÓN PRÁCTICA DE LOS TECNICOS LABORALES AUXILIARES EN SALUD A PARTIR DE LA INFORMACION DISPONIBLE EN EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL DICIEMBRE DE 2010. :34.
39. Salas Perea RS, Díaz Hernández L, Pérez Hoz G. Identificación y diseño de las competencias laborales en el Sistema Nacional de Salud. Rev Cuba Educ Médica Super. 2013;27(1):92-102.
40. Irigoin ME, Vargas F, Cinterfor. Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo: Cinterfor; 2002.

41. Secretaría General Iberoamericana. Conferencia Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno Reuniones Ministeriales Sectoriales [Internet]. Argentina; 2010. Disponible en: https://www.segib.org/wp-content/uploads/libroreuniones2010_castellano.pdf
42. APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf [Internet]. [citado 19 de mayo de 2019]. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45635225/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1558328396&Signature=nfN1N9F4EBHBGYijD9usuCCuGG0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DCONFERENCIA_INTERNACIONAL_DE_ATENCION_PR.pdf
43. Plan Nacional de Desarrollo «Todos por un Nuevo País» de Colombia (2014-2018) | Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo [Internet]. [citado 19 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-nacional-de-desarrollo-todos-por-un-nuevo-pais-de-colombia-2014-2018>
44. Montero J, Rojas MP, Castel J, Muñoz M, Brunner A, Sáez Y, et al. Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile. Rev Médica Chile. diciembre de 2009;137(12):1561-8.
45. 01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf [Internet]. [citado 19 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>
46. Rodríguez-Villamizar LA, Vera-Cala LM, Rivera R, Rojas OA, Uribe LM. Evaluación de percepción de competencias de trabajadores respecto del Modelo Integral de Atención en Salud. Rev Salud UIS. 9 de junio de 2017;49(2):302-11.
47. Ministerio de la Protección Social. Resolución 489 de 2019. Por la cual se modifica la resolución 429 de 2016. [Internet]. Resolución 489 de 2019 feb 22, 2019 p. 2. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20489%20de%202019.pdf
48. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2626 de 2019 ; por la cual se modifica la Política de Atención Integral - PAIS, y se adopta el Modelo de Acción Territorial- MAITE. Resolución 2626 de 2019 de Septiembre, 2019.
49. Dreho P, Stover BH, Koo D. On the Road to a Stronger Public Health Workforce: Visual Tools to Address Complex Challenges. Am J Prev Med. 1 de noviembre de 2014;47(5, Supplement 3):S280-5.
50. Tobón S. Formación integral y competencias Pensamiento complejo, currículo, didácticas y evaluación. 4ta ed. Bogotá: ECOE; 2013.
51. Handler A, Issel M, Turnock B. A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System. Am J Public Health. agosto de 2001;91(8):1235-9.
52. Ministerio de educación nacional. Decreto 4904 de 2009. Por el cual se reglamenta la organización, oferta y funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2009. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-216551_archivo_pdf_decreto4904.pdf
53. CONPES 81 DE 2004 consolidación del Sistema Nacional de Formación Para el Trabajo.pdf [Internet]. [citado 20 de mayo de 2019]. Disponible en:

<http://seccl.sena.edu.co/Presentacion/Documentos/Normatividad/Conpes%20a%20publicar%20SECCL/CONPES%2081%20DE%202004%20consolidaci%C3%B3n%20del%20Sistema%20Nacional%20de%20Formaci%C3%B3n%20Para%20el%20Trabajo.pdf>

54. Uribe AG, Martínez MLO, Alvarado FEP, Prieto FE, Pacheco OE, Zambrano P, et al. EPIDEMIOLOGICO NACIONAL. :14.
55. Zurro AM, Jodá G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria [Internet]. Elsevier España.; 2011. Disponible en: https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf
56. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. marzo de 2007;21:73-84.
57. Gomez M, Alberto G. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema. Rev Médica Risaralda. julio de 2016;22(2):73-4.
58. Aguirre C, Lilia B. Percepción de los trabajadores sociales, educadores y psicólogos sobre los centros de acogida: casos de España y Alemania. 2012 [citado 20 de mayo de 2019]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/24435>
59. Blanco MCM-C, Castro ABS. EL MUESTREO EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. :4.
60. Elaboración, análisis e interpretación.pdf [Internet]. [citado 20 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20331/1/Elaboraci%C3%B3n,%20an%C3%A1lisis%20e%20interpretaci%C3%B3n.pdf>
61. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investig En Educ Médica. julio de 2013;2(7):162-7.
62. Souza LK de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. Arq Bras Psicol. 2019;71:51-67.
63. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3:77/101.
64. Valdés MG, Marín DMS. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. Rev Cuba Salud Pública. :15.
65. Martínez VG, Zúñiga SPA, Sala AG, Meléndez AM. El uso del método Delphi como estrategia para la valoración de indicadores de calidad en programas educativos a distancia. Calid En Educ Super. 2012;3(1):200-22.
66. Mohedano FO. El método Delphi, prospectiva en Ciencias Sociales a través del análisis de un caso práctico. Rev Esc Adm Negocios. 1 de agosto de 2008;(64):31-54.
67. Gallardo RY. LA TECNICA DELPHI Y LA INVESTIGACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD. 2008;7.
68. Fernández de Castro Fabre A, López Padrón A. Validación mediante método Delphi de un sistema de indicadores para prever, diseñar y medir el impacto sobre el desarrollo local de los proyectos de investigación en el sector agropecuario. Rev Cienc Téc Agropecu. septiembre de 2013;22(3):54-60.

69. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572012000200007&script=sci_abstract&tlng=en
70. Blasco Mira J, Lopez Padrón A, Mengual Andrés S. Validación mediante método Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al Windsurf. *Ágora Para Educ Física El Deporte*. abril de 2010;12 (1):75-96.
71. Oñate N, Ramos L, Díaz A. Utilización del método Delphi en la pronosticación: una experiencia inicial. *Econ Planif Cuba*. 1988;3:9-48.
72. Estévez M de LB, Gallastegui JJA. El método Delphi. Su implementación en una estrategia didáctica para la enseñanza de las demostraciones geométricas. *Rev Iberoam Educ*. 26 de septiembre de 2005;36(7):1-10.
73. Piñeiro EM. La Técnica Delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. *Rev Investig Educ*. 1 de julio de 2003;21(2):449-63.
74. [citado 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.ccoporvenir.com/cop/course/tecnico-auxiliar-en-salud-publica/>
75. SENA. Programa de formación titulada en salud pública. [Internet]. 2014 [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://oferta.senasofiaplus.edu.co/sofia-oferta/>
76. Intenalco. Instituto técnico nacional de comercio Simón Rodríguez [Internet]. Perfil auxiliar en Salud Pública. [citado 20 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.intenalco.edu.co/formacion.trabajo.php>
77. Ortega Molina P, Astasio Arbiza P, Albaladejo Vicente R, Arrazola Martínez P, Villanueva Orbáiz R, Juanes Pardo JR de. Mantenimiento de la cadena del frío para las vacunas: una revisión sistemática. *Gac Sanit*. agosto de 2007;21:343-8.
78. Ministerio de salud y protección social, Grupo de inmunoprevenibles - PAI. Lineamientos para la gestión y administración del programa ampliado de inmunizaciones - PAI - 2018. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/lineamientos-pai-2018.pdf>
79. Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud. [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf
80. Solano C. Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. 2004;37.
81. Esperón T, Maricela J. Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Rev Cuba Salud Pública*. diciembre de 2004;30(4):0-0.
82. Herrera A. Modelo aplicado de gestión humana basada en competencias. 1.^a ed. Pontificia Universidad Javeriana; 2009.

83. Schubert J, Neves da Silva R. Los modos de trabajo de los agentes comunitarios de salud: entre el discurso institucional y el cotidiano de la vulnerabilidad. *Medpal Doss Política Salud*. 2010;45-53.
84. Trapé CA, Soares CB. La práctica educativa de los agentes comunitarios de salud a la luz de la categoría praxis. *Rev Lat Am Enfermagem*. febrero de 2007;15(1):142-9.
85. Martinez JN, Martinez MR, Nische CM, Roselló EM. El rol de los agentes sanitarios en la prevención de la mortalidad materna, el caso de Ituzaingó, Corrientes. En *Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*; 2015 [citado 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-015/297>
86. Nigenda G, Ruiz J, Wirtz V, Gonzales L, Gonzales M. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. Vol. Capítulo IV. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. SENDEX; 2010.
87. Azevedo Silva J, Whitaker Dalmaso A. Agente comunitário de saúde: O ser, o saber, o fazer. 2004;20(5):1433-7.
88. López YL, González C, Gallego BN, Moreno AL. Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. *Biomédica*. 1 de diciembre de 2009;29(4):567.
89. Rodríguez-Villamizar LA, Vera-Cala LM, Rojas-Sánchez OA, Rivera-Carvajal R, Uribe-Rivero LM. Evaluación de contenidos curriculares y percepción de competencias de estudiantes del área de la salud respecto del Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia. *Rev Salud Pública*. agosto de 2017;19(4):491-8.
90. Draganchuk C, Díaz CR. Problemáticas y desafíos regionales en contextos de desigualdad y dominación. :8.
91. Rey-Gamero AC, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Rev Gerenc Políticas En Salud*. diciembre de 2013;12:28-39.
92. Holguín-Ruiz J, Aristizábal-Grisales JC, Murillo-Hurtado E, Acosta-Ramírez N. Implementación de la aps en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales. *Gerenc Políticas Salud* [Internet]. 30 de junio de 2015 [citado 15 de noviembre de 2019];14(28). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/13195>
93. Vélez-Álvarez C, Giraldo-Osorio A. La atención primaria de salud desde la perspectiva del equipo de salud en una institución de primer nivel de atención. *Rev Cienc Cuid*. 2013;10(2):76-84.
94. Carrillo Avila CL. Evaluación del equipo multidisciplinario de Atención Primaria en Salud ne una institución de primer nivel de atención en Valledupar, durante el 2017 y 2018. [Bucaramanga]: Universidad de Santander - UDES; 2018.
95. Ministerio de la Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021. [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
96. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health. The Solid Facts. [citado 25 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=171347&indexSearch=ID

97. Román JC, Franco Gurría R, Gordillo Martinez A. Pertinencia educativa, elementos para su evaluación a partir de las incursión laboral de egresados. Global Conference on Business and Finance Proceedings. 2014;9(2).
98. Muñoz IF, Higueta Y, Molina G, Gomez L. Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Capítulo 8. Pulso & Letra Editores; 2013.

11. ANEXOS

ANEXO 1.



EL DESEMPEÑO DE LOS TÉCNICOS EN SALUD PÚBLICA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CALI 2019. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciado participante:

Usted está siendo convocado a participar del trabajo de investigación realizado por la estudiante Erica Yurley Guevara Padilla, como parte de su formación en la Maestría en Salud Pública, con la dirección de la profesora Janeth Mosquera Becerra de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle .

El objetivo de la investigación es caracterizar el desempeño de la fuerza de trabajo técnica en salud pública, según sus competencias dentro de las instituciones prestadoras de salud IPS y la correspondencia frente al modelo colombiano de atención integral en salud MIAS.

Le invito a que realice lectura detallada de la información que encontrará en este documento. Realice las preguntas que usted tenga, para asegurarse de entender cada una de las fases del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios.

Usted participará concediendo una entrevista que dura aproximadamente 50 minutos. Su responsabilidad está en responder con sinceridad las preguntas realizadas en la entrevista, la cual queremos sea grabada en audio de manera que la investigadora pueda transcribir la entrevista realizada siempre y cuando, usted como participante lo autorice.

Acepta: SI_____ NO_____

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y no tendrá que realizar ningún tipo de gasto económico. El número esperado de participantes aproximadamente será de 12 personas. Se garantiza que la información que se recoja será confidencial, sus respuestas serán codificadas usando identificación alfa numérica y, por lo tanto, serán anónimas por lo que no se revelará su nombre bajo ninguna circunstancia. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán. La información podrá ser usada en otras investigaciones similares contando con su aprobación a través de este documento y la aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle.

El riesgo en que incurre usted al participar en el estudio es un riesgo mínimo, como se mencionó anteriormente, este riesgo se refleja en que usted manifieste sus opiniones frente al desarrollo que como técnico en salud pública ha experimentado en el ámbito laboral. El

beneficio de participar en el estudio es el aporte que hace para generar nuevo conocimiento que propenda por fortalecer al recurso humano de su área.

Declaración del participante:

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y podrá ser usada en investigaciones similares. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Cláusula de aceptación de uso de datos: Manifiesto que los datos aportados podrán utilizarse para futuros estudios de investigación, previa aprobación del Comité de ética de la Universidad del Valle. Acepto: SI_____ NO_____

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Erica Yurley Guevara Padilla al teléfono: 3167990689 correo erica_yurley@hotmail.com; Janeth Mosquera Becerra al teléfono 554 24 76 ext. 112 correo: Janeth.mosquera@correounivalle.edu.co y al representante del CIREH, teléfono: 518 56 77, correo electrónico: eticasalud@correounivalle.edu.co.

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando esté haya concluido

Al firmar esta hoja de consentimiento, no se ha renunciado a ninguno de los derechos legales.

Fecha _ _/ _ _/ _ _

Para constancia de aprobación de realización de la entrevista se solicita su firma y la de 2 testigos.

Firma de la investigadora

Nombre:
CC:

Firma del participante

Nombre:
CC:

Testigo 1: _____

Nombre:

Cc:

Testigo 2: _____

Nombre:

Cc:

Anexo 2



EL DESEMPEÑO DE LOS TÉCNICOS EN SALUD PÚBLICA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CALI 2019

CONSENTIMIENTO INFORMADO PANEL DE EXPERTOS

Apreciado participante:

Usted está siendo convocado a participar del trabajo de investigación realizado por la estudiante Erica Yurley Guevara Padilla, como parte de su formación en la Maestría en Salud Pública, con la dirección de la profesora Janeth Mosquera Becerra de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle .

El objetivo de la investigación es caracterizar el desempeño de la fuerza de trabajo técnica en salud pública, según sus competencias dentro de las instituciones prestadoras de salud IPS y la correspondencia frente al modelo operativo de la Política de Atención en Salud Colombiana.

Le invito a que realice lectura detallada de la información que encontrará en este documento y realice las preguntas que usted considere.

Su participación en la investigación será en calidad de experto, lo que quiere decir que usted posee formación y experiencia que le permiten tener dominio relacionado con el Modelo operativo de la Política de Atención en Salud. Las opiniones relacionadas con el tema serán utilizadas como juicios conclusivos en la investigación y permitirán relacionar si las funciones ejecutadas por los técnicos en salud pública en sus lugares de trabajo, dan respuesta a los requerimientos del reciente modelo de atención en salud.

La consulta se realizará utilizando como instrumento una lista de verificación, en la que encontrará descritas las funciones que realizan actualmente los técnicos en Salud Pública al interior de las IPS en Cali. Su responsabilidad está en responder según su criterio técnico y experticia a los enunciados propuestos y de ser necesario mencionar aspectos que considere relevantes para la investigación.

El panel de expertos lo integraran 4 personas que podrán ser referentes en salud, de las entidades territoriales en salud a nivel departamental y municipal, representantes o directores técnicos de IPS públicas y privadas cuyo nivel de atención sea de baja complejidad e investigadores que tengan relación con las áreas de salud pública, Política de Atención en Salud y recurso humano en salud.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y no tendrá que realizar ningún tipo de gasto económico. Se garantiza que la información que se recoja será confidencial, sus respuestas serán codificadas usando identificación alfa numérica y, por lo tanto, serán anónimas por lo que no se revelará su nombre bajo ninguna circunstancia. Una vez analizados los conceptos de todos los expertos en la primera lista de chequeo, se realizara

una segunda consulta informándole el consenso obtenido y usted podrá generar nuevamente conceptos frente al análisis presentado. Finalmente la investigadora construirá una lista definitiva con los criterios aportados por cada experto, una vez sea surtido el proceso de construcción de esta lista, se procederá a destruir las listas de consulta realizadas. El instrumento construido a partir de su participación, podrá ser usado en otras investigaciones similares contando con su aprobación a través de este documento y la aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle.

El riesgo en que incurre usted al participar en el estudio es un riesgo mínimo, como se mencionó anteriormente, este riesgo se refleja en que usted manifieste sus opiniones frente a las funciones que deberían desarrollar los técnicos en salud pública según el modelo operativo de la Política de Atención en Salud. El beneficio de participar en el estudio es el aporte que hace para generar nuevo conocimiento que propenda por fortalecer al recurso humano en salud pública y a los servicios en salud.

Declaración del participante:

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y podrá ser usada en investigaciones similares. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Cláusula de aceptación de uso de datos: Manifiesto que los datos aportados podrán utilizarse para futuros estudios de investigación, previa aprobación del Comité de ética de la Universidad del Valle. Acepto: SI_____ NO_____

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Erica Yurley Guevara Padilla al teléfono: 3167990689 correo erica_yurley@hotmail.com; Janeth Mosquera Becerra al teléfono 554 24 76 ext. 112 correo: Janeth.mosquera@correounivalle.edu.co y al representante del CIREH, teléfono: 518 56 77, correo electrónico: eticasalud@correounivalle.edu.co.

Para aprobar su participación en este proceso, agradezco remita su consentimiento, reenviando un mensaje de correo electrónico a erica_yurley@hotmail.com

Gracias.

ANEXO 3

AVAL OTORGADO POR EL COMITÉ DE ETICA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE - CIREH



FACULTAD DE SALUD
Vicedecanato De Investigaciones Y Posgrados
Comité de Ética Humana

ACTA DE APROBACION N°(013-019)

Proyecto:

"EL DESEMPEÑO DE LOS TÉCNICOS EN SALUD PÚBLICA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CALI 2019"

Investigador Principal:

ERICA YURLEY GUEVARA PADILLA / JANETH MOSQUERA BECERRA

Código Interno: (094-019)

Fecha en que fue sometido:

| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|------|
| 08 | 07 | 2019 |

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2013; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

| | |
|---|--|
| X | Protocolo de Investigación |
| X | Instrumentos de recolección de datos |
| X | Formato de consentimiento informado |
| X | Soportes solicitados por el CIREH |
| X | Cartas de las instituciones participantes |
| | Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité.
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente Clasificación de Riesgo:

| | |
|---|-------------------------|
| | Sin riesgo |
| X | Riesgo mínimo |
| | Riesgo mayor del mínimo |

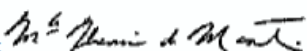
4. Las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
 - c. Lesiones a sujetos humanos.
 - d. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
 - e. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
7. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
8. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente.
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. Cualquier decisión tomada por otros comités de ética
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán solicitar la renovación del aval adjuntando los documentos solicitados por el CIREH

Fecha:

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|------|
| 25 | 07 | 2019 |

Firma:



Nombre: María Florencia Velasco De Martínez

Capacidad
Representativa:

PRESIDENTE

Teléfono: 5185677

ANEXO 4.



GUIA PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA TECNICOS EN SALUD PUBLICA.

Fecha:

Hora de inicio:

Hora de finalización:

Lugar:

Propósito: Valorar el desempeño de la fuerza de trabajo técnica en salud pública, según sus competencias dentro de las instituciones prestadoras de salud IPS y la correspondencia frente al modelo colombiano de atención integral en salud MIAS.

Información sociodemográfica:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Estrato socioeconómico (dirección de residencia):

Teléfono de contacto:

Formación académica:

Información general:

Sector (público – privado) en el cual desempeña sus funciones:

Tiempo como egresado técnico en salud pública:

Institución de la cual es egresado:

Tiempo transcurrido entre la obtención del título y su primera oportunidad laboral:

Experiencia laboral:

Instituciones de salud para las cuales ha laborado:

Preguntas exploratorias:

1 - Cuénteme cual fue el motivo que le llevó a tomar la decisión de ser un técnico en salud pública? (vocación del servicio, necesidad de la población, oportunidad para superarse académicamente, estabilidad laboral, no tener otra opción).

- 2- En cuantos lugares se ha desempeñado como técnico en salud pública?
- 3 - Qué funciones ha desempeñado en su trayectoria laboral? (competencias del técnico en salud pública, identificación del puesto de trabajo)
- 4 - Desde su experiencia laboral, cuáles han sido los principales retos que las instituciones para las que ha trabajado le han exigido? (manejo de TICS, atención a la comunidad, cambios en las políticas de salud)
- 4 - Cuáles considera que son sus mayores fortalezas como técnico en salud pública? (reconocimiento del sector)
- 5- Que le falta para sentirse mejor como técnico en salud pública?
- 6 - ¿De todo lo que le piden hacer como parte de su trabajo, que le disgusta? (cambios en los servicios, rotación de personal)
- 7 - Cuáles son las condiciones que a su criterio le pueden limitar sus labores como técnico en salud pública actualmente?
- 8 - Que componente considera se debería fortalecer desde la formación académica para los futuros técnicos?
- 9- Para finalizar, ¿hay algo que yo no le haya preguntado y que de lo que usted quiera hablar o desee que yo explore más?

Observaciones:

ANEXO 5.



Funciones laborales del personal Técnico en Salud Pública, dentro de las IPS de Cali

Consulta a expertos. Ronda 1 Instrumento prueba piloto.

Apreciado experto, a continuación encontrará un listado de funciones ejecutadas por el recurso humano técnico en Salud Pública al interior de las Instituciones Prestadoras de Salud. Agradezco manifieste marcando la casilla “De acuerdo” si desde su experiencia en el sector de Salud Pública, considera que dicha función efectivamente puede ser realizada por un técnico, o marque la casilla “En desacuerdo”, si la función debería ser ejecutada por otro perfil de Salud Pública o de cualquier otra área. Si requiere puntualizar algo referente a la misma, puede hacerlo en la casilla de observaciones.

| Item | Función | Desacuerdo total (DT) | Parcialmente de acuerdo (PA) | De acuerdo (DA) | Observaciones |
|------|--|-----------------------|------------------------------|-----------------|---------------|
| 1 | Velar por la oportunidad de notificación de los eventos de interés en Salud Pública, mediante el diligenciamiento completo de fichas de notificación por el personal médico. | | | | |
| 2 | Hacer seguimiento institucional y extramural de los casos reportados al SIVIGILA. | | | | |
| 3 | Realizar auditoria a las historias para determinar si cumplen o no los criterios para ser notificados como casos, al sistema de vigilancia epidemiológica. | | | | |
| 4 | Participar como analistas propositivos en los comités de vigilancia epidemiológica COVE y en las unidades de análisis de eventos de interés en Salud Pública. | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 5 | Relacionar e informar de manera escrita, las estadísticas vitales en las instituciones hospitalarias por nivel de complejidad. | | | | |
| 6 | Realizar auditoria a las causas de defunción de pacientes adscritos a las IPS y generar el reporte pertinente. | | | | |
| 7 | Realizar acciones de demanda inducida de programas de promoción y prevención por grupo etáreo. | | | | |
| 8 | Velar por el cumplimiento de metas para los diferentes programas de promoción y prevención, con la búsqueda activa extramural de los usuarios. | | | | |
| 9 | Promover mediante acciones educativas e informativas en los usuarios, prácticas de autocuidado y participación activa en los programas de promoción y prevención. | | | | |
| 10 | Formular estadísticas de atención y seguimiento a los programas relacionados con Salud Pública, para ser entregados a entidades reguladoras. | | | | |
| 11 | Liderar procesos de vacunación (demanda inducida, reportes, custodia de insumos y administración de inmunobiológicos), así como vigilar los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación. | | | | |
| 12 | Manipular las bases de datos de pacientes con enfermedades de alto costo y realizar análisis frente al manejo (consultas, exámenes, medicamentos) y el seguimiento dado por las IPS. | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| 13 | Verificar el cumplimiento de protocolos relacionados con la prevención de infecciones hospitalarias. | | | | |
| 14 | Evaluar y generar reportes relacionados con la estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización. | | | | |
| 15 | Transportar muestras realizadas a usuarios hacia el laboratorio departamental de salud pública, para determinar la presencia de enfermedades de notificación obligatoria. | | | | |
| 16 | Interactuar y capacitar al personal médico, de enfermería u otras áreas, que intervienen en el diligenciamiento de reportes en Salud Pública y fichas de vigilancia epidemiológica. | | | | |
| 17 | Realizar auditoría de tutelas de pacientes en el régimen subsidiado y proponer la respuesta de las mismas, según los hallazgos encontrados. | | | | |
| 18 | Autorizar medicamentos y procedimientos requeridos por el usuario reportado con alguna enfermedades de interés en Salud Pública. | | | | |
| 19 | Apoyar actividades de promoción y prevención relacionados con el programa cardiovascular, ejecutadas desde el área de seguridad y salud en el trabajo. | | | | |
| 20 | Asignar citas médicas para los programas de PyP, así como archivar las historias clínicas solicitadas para la atención de los usuarios. | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 21 | Procesar las bases de datos generales de la IPS, para los diferentes programas de PYP, así como de las enfermedades de alto costo. | | | | |
|----|--|--|--|--|--|

Según su experiencia, las siguientes podrían ser funciones que debería apoyar el personal técnico en Salud Pública, en el marco de la estrategias en Salud Pública, como APS y la política de atención integral en salud PAIS. Por favor menciónelas.

Gracias por su participación.



Funciones laborales del personal Técnico en Salud Pública, dentro de las IPS de Cali

Consulta a expertos. Ronda 1

Apreciado experto, a continuación encontrará un listado de funciones ejecutadas por el recurso humano técnico en Salud Pública al interior de las Instituciones Prestadoras de Salud. Agradezco manifieste marcando la casilla “De acuerdo” si desde su experiencia en el sector de Salud Pública, considera que dicha función efectivamente puede ser realizada por un técnico, o marque la casilla “En desacuerdo”, si la función debería ser ejecutada por otro perfil de Salud Pública o de cualquier otra área. Si requiere puntualizar algo referente a la misma, puede hacerlo en la casilla de observaciones.

Según su experiencia, de qué manera el recurso humano técnico en Salud Pública, corresponde con lo demandado por el modelo de atención en salud y la estrategia APS?

| Item | Área de Salud Pública | Función | Desacuerdo total (DT) | Parcialmente de acuerdo (PA) | De acuerdo (DA) | Demandado por el modelo de salud | | Observaciones |
|------|-----------------------|---|-----------------------|------------------------------|-----------------|----------------------------------|----|---------------|
| | | | | | | Si | No | |
| | | Notificación, reporte y seguimiento de eventos de interés en Salud Pública. | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| 1 | Vigilancia en Salud Pública | Participación en análisis y propuestas de mejora a eventos notificados. COVE | | | | | | |
| | | Análisis y seguimiento a estadísticas vitales en instituciones de mediana y alta complejidad. | | | | | | |
| 2 | Educación en salud | Seguimiento domiciliario a individuos y familias. | | | | | | |
| | | Promoción de hábitos saludables. | | | | | | |
| | | Capacitación a personal médico y de otras áreas de salud en temas de Salud Pública. | | | | | | |
| 3 | Sistematización de información | Manipulación (creación, análisis y reportes) de bases de datos en salud. | | | | | | |
| 4 | Programas de promoción y prevención | Demanda inducida de programas | | | | | | |
| | | Realizar estadística de atención y cobertura. | | | | | | |
| | | Atención individualizada a usuarios. (Citologías, Enf crónicas etc) | | | | | | |
| | | Liderar acciones preventivas en programas interdisciplinarios | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| | | (seguridad y salud en el trabajo). | | | | | | |
| 5 | Administración de medicamentos | Ejecutar la administración de inmunobiológicos. | | | | | | |
| | | Administrar medicamentos de enfermedades transmisibles (TCB, Sifilis etc) | | | | | | |
| | | Autorizar productos farmacológicos para el mapeo de enfermedades de interés en Salud Pública. | | | | | | |
| 6 | Otros | Movilización y participación social. | | | | | | |
| | | Direccionar usuarios dentro del sistema de salud. | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Según su experiencia, las siguientes podrían ser funciones que debería apoyar el personal técnico en Salud Pública, en el marco de la estrategias en Salud Pública, como APS y la política de atención integral en salud PAIS. Por favor menciónelas.

Gracias por su participación.

Anexo 7.



Funciones del personal Técnico en Salud Pública, dentro de las IPS de Cali

Consulta a expertos – Ronda 2 de Consulta

Apreciado experto, una vez realizada la primera consulta en la que desde su experticia referenció las funciones que los técnicos en Salud Pública deben ejecutar desde su perfil a la luz del modelo de atención en salud, políticas y estrategias que fundamentan la actual Política de Atención Integral en Salud; me permito invitarlo a que revise el siguiente instrumento a fin de validar de manera conclusiva, las funciones puntualizadas en la primera consulta.

Por favor revise el siguiente cuadro, si considera no estar totalmente de acuerdo con la función descrita, por favor indicarlo en la casilla denominada “observaciones”.

Teniendo en cuenta que el reciente modelo de acción - MAITE , tiene dentro del alcance para el recurso humano, organizar los perfiles del talento humano de salud en equipos multidisciplinarios que respondan al componente primario de salud, se esperaría que el técnico en Salud Pública según la institución con la que se encuentre vinculado realice funciones en las siguientes áreas:

| Item | Área de Salud Pública | Función | Observaciones |
|------|-----------------------|---|---------------|
| 1 | | Notificación, reporte y seguimiento de eventos de interés en Salud Pública. | |
| | | Participación en COVE, para brindar apoyo en el seguimiento a las acciones de mejora propuestas para las instituciones. | |

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|
| | Vigilancia en Salud Pública | Registro y seguimiento a estadísticas vitales en instituciones de mediana y alta complejidad. | |
| 2 | Educación en salud | Seguimiento domiciliario a individuos y familias, en especial a quienes tienen condiciones de vulnerabilidad. | |
| | | Ejecutar acciones de educación y tamizaje en las comunidades. | |
| | | Promoción e inducción a la demanda de servicios de salud. | |
| | | Apoyo en las actividades de capacitación lideradas por profesionales de Salud Pública y dirigidas a otros sectores o profesionales encargados de detectar eventos de interés en la comunidad. | |
| 3 | Sistematización de información | Registro y generación de reportes derivados de estadísticas institucionales. | |
| 4 | Programas de promoción y prevención | Demanda inducida de programas para la prevención y promoción de la salud. | |
| | | Atención individualizada a usuarios, previo reentrenamiento específico en el programa de interés y bajo la supervisión de profesionales en SALUD. | |
| | | Liderar acciones preventivas en programas interdisciplinarios (seguridad y salud en el trabajo). | |
| 5 | Administración de medicamentos | Ejecutar la administración de inmunobiológicos previo entrenamiento y certificación específica en PAI. | |
| | | Administrar medicamentos de enfermedades transmisibles (TCB, Sífilis etc.), con reentrenamiento según el programa a apoyar, específicamente en aquellos que requieren de tratamientos supervisados. | |

| | | | |
|---|-------|---|--|
| 6 | Otros | Mobilización y participación social, realizando entre otras actividades, la aplicación de encuestas en Salud Pública. | |
| | | Direccionar usuarios dentro del sistema de salud, especialmente aquellos en condiciones especiales (Movilidad reducida, adultos mayores, discapacidad etc). | |

Agradezco el apoyo brindado para la materialización de este trabajo de investigación, sin duda sus aportes han sido fundamentales en la consecución de los objetivos propuestos.